

Det beste for pasienten?

”En studie av omsorgsforståelsen innen en livsfilosofisk og en evidensbasert sykepleiertradisjon”

Hanne Synøve Briseid



Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni

Det teologiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2009

Veileder: Aud V. Tønnesen

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet siste året av en toårig mastergrad i profesjonsetikk og diakoni ved Universitetet i Oslo, teologisk fakultet. Det er med glede jeg nå kan levere et ferdig produkt, og det er flere som i den sammenheng fortjener en takk.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min veileder, førsteamanuensis Aud V. Tønnesen. Takk for konstruktiv tilbakemelding, fleksibilitet i tid og oppmuntring i en travel innspurt.

Vider ønsker jeg å takke mine studievenninner Elisabeth Karlsen og Anne S. Moen for kollokvier, inspirasjon og kaffepauser i gjennom studietiden. Jeg vil også rette en stor takk til familie for all oppmuntring, engasjement og praktisk hjelp.

Mest av alt, takk Eivind! Du har vært tålmodig, hjelpsom og støttende i hele perioden.

Oslo, mai 2009

Hanne S. Briseid

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Tema og problemstilling	5
1.2 Forskningskontekst.....	7
1.3 Metode.....	9
1.4 Disposisjon av oppgaven.....	10
2.0 Sykepleien - fra kall til profesjon.....	11
2.1 Kallet som grunnlag for sykepleien.....	11
2.2 Norsk Sykepleierforbund	13
2.3 Sykepleien som profesjon	14
2.3.1 Profesjonsbegrepet	14
2.3.2 Profesjon og sykepleievitenskap	15
2.4 Oppsummering	17
3.0 Teorier om omsorg og makt	18
3.1 Omsorg	18
3.1.1 Definisjon	19
3.1.2 Profesjonell omsorg.....	20
3.2 Asymmetri i relasjonen	21
3.3 Tillit og profesjonell omsorg.....	22
3.4 Autonomi og pasientrolle	23
3.5 Makt og objektivisering	25
3.5.1 Hans Skjervheims to - og treleddet relasjon og det instrumentelle mistaket	25
3.6 Andre tvetydigheter ved omsorg	28
3.7 Oppsummering	29
4.0 Evidensbasert sykepleie	31
4.1 Hva er evidensbasert sykepleie?.....	31
4.1.1 Bakgrunn i medisin	33
4.1.2 Positivismens betydning i evidensbasert sykepleie.....	33
4.1.3 Evidensbasert sykepleie i Norge	35
4.2 Kunnskapssynet.....	37
4.2.1 Monica W. Nortvedts syn på evidensbasert sykepleie.....	37
4.2.2 Den beste tilgjengelige kunnskapen.....	39

4.2.3 Evidensbasert praksis	40
4.3 Evidensbasert omsorg	41
4.4 Oppsummering	42
5.0 Kari Martinsens livsfilosofiske sykepleie	43
5.1 Fenomenologi og kunnskap	44
5.1.1 Husserl og livsverden	44
5.1.2 Menneskesyn og Løgstrups fenomenologi.....	44
5.1.3 Et fenomenologisk kunnskapssyn hos Kari Martinsen	47
5.2 Omsorgstenkningen.....	49
5.2.1 Tredelt omsorgsbegrep.....	50
5.2.2 Intersubjektivitet og omsorg.....	52
5.2.3 Omsorg og samfunn	53
5.3 Kritikk av livsfilosofisk sykepleie.....	55
5.4 Oppsummering	55
6.0 Kunnskap, makt og omsorg.....	57
6.1 Asymmetri og makt.....	58
6.2 Tillit i pasient – sykepleier relasjonen.....	62
6.2.1 Sykepleiers hensikt.....	62
6.2.2 Sykepleiers fagkompetanse og teknologikjennskap i relasjon til tillit.....	63
6.2.3 Ulike sammenhenger mellom tillit og makt.....	64
6.3 Både autonom og avhengig?	67
6.3.1 Autonomi og pasientrolle	67
6.3.2 Hvordan legger de ulike sykepleietradisjoner til rette for pasientens autonomi? ...	68
6.4 Pasienten - subjekt eller objekt?.....	70
6.5 Oppsummering	74
7.0 Avslutning / konklusjon	75
7.1 Hvilken rolle spiller ulike kunnskapssyn for forståelsen av omsorg?.....	75
7.2 Hvordan vil forholdet mellom sykepleier og pasient komme til uttrykk?.....	76
7.3 Hvordan blir pasienten fremstilt i de to tradisjonene?	77
Bibliografi	79
Figurliste	83

1.0 Innledning

Sykepleie er et fag med lange tradisjoner. Helt fra begynnelsen har det handlet om å ta vare på andre mennesker i forbindelse med sykdom. Omsorgsbegrepet har derfor vært nært knyttet til sykepleien. Faget har vært igjennom store endringer, og blitt påvirket fra ulike hold.

Sykepleieforbundet har helt fra 1912 stått som en forkjemper på vegne av sykepleierne. De har blant annet hatt stort fokus på utdanningen, rettigheter til sykepleierne, forskning og profesjonalisering. De to siste har hatt stor betydning fra 1970-tallet, med inspirasjon fra USA. Med de nye impulsene og endringene i sykepleien vokste det samtidig frem ulike forståelser på hva sykepleie egentlig er.

Tidligere var sykepleieyrket sterkt knyttet til en kallstanke, men med profesjonaliseringen kom et nytt syn. Det ble isteden lagt vekt på at sykepleierne skulle få en solid utdanning med en vitenskapelig basis. I kjølvannet av denne profesjonaliseringen ble det hevdet at noen av de tradisjonelle verdiene som var knyttet til kallet og det medmenneskelige ble svekket. På grunn av denne utviklingen kan vi i dag se to ulike tradisjoner innefor sykepleien. 1) En livsfilosofisk tradisjon, som er en forlengelse av den tradisjonelle tenkningen som setter omsorgsbegrepet i sentrum. Denne har et vitenskapelig grunnlag i fenomenologien, men nærheten til pasienten og dennes uttrykk står sentralt. 2) En evidensbasert sykepleie som i stor grad bygger på et naturvitenskapelig fundament. Den evidensbaserte sykepleien knyttes ofte mot profesjonaliseringen og profesjonsbegrepet, mens den livsfilosofiske prøver å holde igjen på noen av de gamle verdiene som ble regnet som grunnleggende i omsorg og sykepleie. De to retningene vil dermed stå i spenning til hverandre.

Videre i innledningen vil jeg presentere tema og problemstilling, forskningskontekst og metode.

1.1 Tema og problemstilling

Temaet for min masteroppgave er å drøfte omsorgsbegrepet innenfor de to tradisjonene som har vokst frem i sykepleiefaget: den evidensbaserte og den livsfilosofiske. Innenfor dette temaet kunne det vært nærliggende å velge andre perspektiver enn det jeg gjør. Et eksempel kunne være et kjønnsperspektiv. Sykepleieyrket er kvinnedominert og forbindes gjerne med

tradisjonelle moderlige verdier som nærhet og varme. Runar Bakken (2001) er et eksempel på en som har valgt et slikt perspektiv i boken *Modermordet - om sykepleie, kjønn og kultur*. Jeg velger imidlertid i min oppgave å ha fokus på omsorg og kunnskap.

Profesjonaliseringen, med vekt på vitenskapelighet i sykepleierens utdanning og yrkesutøvelse, har i de senere år også kommet til uttrykk i revideringen av de yrkesetiske retningslinjer i 2007. Retningslinjene handler om sykepleieren i forhold til pasienten, pårørende, profesjonen, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Videre defineres grunnlaget for sykepleie. Under revideringen ble det tydeliggjort at sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt, men også være kunnskapsbasert. Det nye er at det kunnskapsbaserte er ført inn. Under presenterer jeg grunnlag for sykepleie både før og etter revideringen:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2001:5).

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2007:7).

Under utformingen av de nye etiske retningslinjene var det uenighet om det var nødvendig å ha med ordet kunnskapsbasert i grunnlaget i hele tatt. Noen mente at det var en selvfølge, mens andre syntes at det ikke hørte med. Forslaget om å ha det med ble til slutt sendt på høring til Sykepleierforbundet som gikk inn for dette. I en artikkel i tidsskriftet *Sykepleien* hevdet Anne Clancy (2008) (sykepleier og medlem av Norsk sykepleierforbunds råd for sykepleieetikk) at ordet *kunnskapsbasert* ikke hører hjemme i grunnlaget for sykepleien. Hun begrunner det med at den faglig forsvarlige praksis er ivaretatt i andre aktuelle dokumenter og i retningslinjenes underpunkt sykepleieren og profesjonen. Hun synes også at ordet kunnskapsbasert er en avledning som trekker oppmerksomheten bort fra det solide, stødige og varige fundament for sykepleien som har vært tidligere.

Endringen som er gjort i grunnlaget for sykepleie i de yrkesetiske retningslinjene er et spennende utgangspunkt for min oppgave. Med utgangspunkt i de to hovedtradisjonene innenfor sykepleien ønsker jeg å se hvordan omsorgen og fokuset på det beste for pasienten kommer til uttrykk. Hvilke prinsipielle og praktiske konsekvenser får de ulike synene for

forståelsen av omsorg, og spenningene som er til stede i omsorgsbegrepet? Sentrale spørsmål vil bli:

- Hvilken rolle spiller ulike kunnskapssyn for forståelsen av omsorg?
- Hvordan vil forholdet mellom sykepleier og pasient komme til uttrykk?
- Hvordan blir pasienten fremstilt i de to tradisjonene?

1.2 Forskningskontekst

Omsorg er et viktig tema som det er skrevet mye om. Det debatteres hyppig i tidsskriftet *Sykepleien* som er fagbladet til Norsk Sykepleierforbund. Blant annet har det som nevnt i forbindelse med revideringen av de yrkesetiske retningslinjene vært ført flere diskusjoner.

Monica Wammen Nortvedt synes det er viktig at sykepleien blir evidensbasert og får et større fokus på kunnskapsbasert praksis. Hun er en sentral og viktig person i Norge på feltet evidensbasert sykepleie. Hun er professor i kunnskapsbasert praksis, og arbeider daglig med hvordan sykepleiepraksisen kan gjøres mer kunnskapsbasert ved hjelp av innlemming av forskningsresultater i praksis. En annen sentral person som jobber med sykepleieforskning er Marit Kirkevold. Hun arbeider på institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Hennes arbeidsområde er sykepleievitenskap og sykepleieforskning. Hun har med boken *Vitenskap for praksis? økt interessen for å gjøre forskningsresultater mer tilgjengelige for praksis* (1996). Hun ønsket også å vise hvilken verdi forskningen kan ha for praksis. Kirkevold (1998) har også gitt ut boken *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Denne boken er et standardverk som tar for seg ulike tradisjonelle sykepleieteorier. Hun beskriver blant annet ulike omsorgsteorier som står sentralt innen sykepleien.

Kjente omsorgsteoretikere innen sykepleien er Kari Martinsen, Katie Eriksson, Patricia Benner og Judith Wrubler. Disse teoretikerne kan på flere områder sammenlignes, og alle kan kategoriseres og knyttes til en mer livsfilosofisk tradisjon. Alle tar utgangspunkt i at omsorgen er noe grunnleggende ved det å være menneske i samhandling med andre mennesker. Mer spesifikt er det noen skiller.: Benner og Wrubler definerer omsorg som en måte å forhold seg til verden på, ved at personer, hendeleser, prosjekter og ting betyr noe for mennesket. Eriksson mener at omsorg er et naturlig atferdsmønster som består av elementene

pleie, lek og læring. Disse er også sentrale og utgangspunkt for den profesjonelle omsorgen (Kirkevold, 1998).

En annen omsorgsteori som har blitt gjeldene i norsk sykepleie er Dorothea Orems egenomsorgsteori. Denne tilhører ikke en livsfilosofisk tilnærming. Hun ser på sykepleie som en erstatning av helserelaterte aktiviteter (egenomsorg) i situasjoner der pasienten ikke selv er i stand til å ivareta disse. Sykepleierens mål blir å hjelpe pasienten til uavhengighet i disse aktiviteter, i den grad det er mulig (ibid).

Kari Martinsen er den sykepleieteoretiker som kanskje har hatt størst innflytelse innenfor den livsfilosofiske sykepleietenkningen her til lands. Derfor vil jeg primært ta utgangspunkt i hennes tenkning når denne retningen skal presenteres i kapittel fem. Hun har vært og er en sentral stemme innenfor sykepleiefaglige diskusjoner helt fra midten av 1970-tallet. Det sterke fokuset på vitenskapeliggjøring av sykepleien startet det hele. Hun mente at fokuset på sykepleien ble endret, og at omsorg som fagets essens, kom på sidelinjen. I 1991 gav hun ut boken *Pleie uten omsorg?* sammen med Kari Wærnes. Der problematiserer de omsorg i den høyt tekniske utviklede sykepleien, og hvilke konsekvenser utviklingen har. Martinsen stiller seg også kritisk til egenomsorgstenkningen. Hun mener at den knytter det å være avhengig av omsorg til noe negativt. Gjennom årene har Martinsen gitt ut flere bøker og artikler og hun har hatt pågående dialoger med andre teoretiker på området, for eksempel Katie Eriksson.

Det finnes en rekke andre bøker som omhandler omsorg både mer generelt sykepleiefaglig og i forbindelse med mer konkrete avgrensede studier. Et eksempel på det siste er hovedfagsoppgaven til Kirsti Kvåle (1997), *Hva er viktig for god omsorg? En studie av kreftpasienters og sykepleieres oppfatning*. Her er det et konkret område som undersøkes, og hvor det blir redegjort for pasientenes egne opplevelser. I forhold til profesjonaliseringen av sykepleien har Åse Snøtun (2007) skrevet masteroppgaven *Det var menighetssøstre dei var*. Denne oppgaven ser på menighetssøstrene i forhold til profesjonaliseringen av sykepleien og at hjemmesykepleieren ble kommunal tjeneste.

Enhver omsorgssituasjon vil være utsatt for at omsorgen kan bli brukt til noe negativt. Det er derfor sykepleieren må forholde seg profesjonelt i samhandlingen med pasienten. Selv om sykepleieren har makt i situasjonen, er det viktige hvordan den blir brukt. Dette viser noe av kompleksiteten rundt omsorg. Det er ikke selvsagt at det ikke blir begått overgrep og

maktmisbruk. Det finnes flere eksempler på dette i historien, for eksempel håndteringen av de hjemløse. Likevel vil ikke slike overtredelser være hovedfokus for min oppgave, men jeg ønsker å se hvordan ulike sider ved omsorgen utspiller seg i de to tradisjonene. I forhold til min oppgave vil boken *Omsorgens tvetydighet* av Knut W. Ruyter og Arne Johan Vetlesen (2001) være spesielt interessant. De prøver å tydeliggjøre noe av den tvetydigheten som ligger i omsorgen. Tvetydigheten ligger blant annet i forholdet mellom intensjon og konsekvens og makt.

Her ser vi at det er flere som har skrevet om omsorg og nærliggende temaer, men ikke med samme vinkling som jeg har i min oppgave. Hensikten er å sette søkelys på hvordan de to tradisjonene er grunnleggende forskjellige, og hvilke praktiske konsekvenser det får for forståelsen av omsorg og det beste for pasienten.

1.3 Metode

Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i sentral litteratur innenfor de to tradisjonene jeg ønsker å belyse. Det er lagt vekt på å benytte primærkilder skrevet av forfattere som er typiske innen de ulike tradisjonene. Litteraturen er forsøkt satt inn i en samfunnsmessig kontekst, for å forstå bakgrunnen for den, og få en nøkkel til forståelse. I den forbindelse er det også gjort forsøk på å få frem de ulike vitenskapssyn som danner utgangspunkt for de ulike tradisjonene.

Forskningstradisjonene er forskjellige innenfor de ulike retningene. Grunnlaget for den livsfilosofiske retningen ligger i fenomenologien. En slik tradisjon skiller seg tydelig fra den evidensbaserte som har hovedforankring i naturvitenskapen. I fremstillingen av evidensbasert sykepleie vil blant annet Monica Wammen Nortvedt være sentral. Hun har utarbeidet tre artikler sammen med Tove Aminda Hansen som jeg bruker aktivt. Artikkene heter *Evidensbasert sykepleie*, *Evidensbasert sykepleie – hvordan komme i gang* og *Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie*. Alle tre ble utgitt i 2001 og publisert i tidsskriftet *Sykepleien*. Karl-Henrik Nygaard (2003) har gjort et intervju med Monica W. Nortvedt som jeg også bruker i min fremstilling av evidensbasert sykepleie. Innenfor denne tradisjonen vil jeg også benytte Marit Kirkevolds (1996) bok *Vitenskap for praksis?* Den er sentral i forhold til vitenskapeliggjøringen og forståelsen av hva sykepleievitenskap er.

Av Kari Martinsens arbeider vil jeg særlig vektlegge bøkene: *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2003b), *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays* (2003a) og *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (2005). Her vises hennes fremstilling av en livsfilosofisk tilnærming til livet og sykepleien.

I det omsorgsteoretiske kapittelet vil jeg gi en generell beskrivelse av omsorgsbegrepet. Videre vil jeg trekke inn ulike teorier om makt knyttet til omsorg i relasjon med andre. Da vil Knut Ruyter og Arne Johan Vetlesens (2001) bok *Omsorgens tvetydighet* være sentral. Per Nortvedt og Harald Grimens (2004) bok *Sensibilitet og refleksjon* vil jeg bruke, spesielt i forhold til tillitsbegrepet. Hans Skjervheims (1996) bok *Deltakar og tilskodar og andre essays*, vil være sentral i forhold til objektiviseringsproblematikk.

Disse bøkene og artiklene vil være det som danner det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Artiklene jeg bruker er publisert i tidsskriftet *Sykepleien*. Dette er et kjent og velutviklet tidsskrift som gis ut av Norsk Sykepleierforbund. Artikler fra bladet er også sentralt for å belyse debatter som ha pågått. Med dette som et teoretisk utgangspunkt vil jeg sammenligne de to tradisjonene, og se hvordan omsorgsbegrepet forstås.

1.4 Disposisjon av oppgaven

Kapittel 1 er innledningskapittel med tema, problemstilling, forskningskontekst, metode og disposisjon. Kapittel 2 tar for seg sykepleiens profesjonsdannelse og vitenskapeliggjøring. Denne historien viser endringer av betydning for å drøfte konsekvenser av å knytte kunnskap og omsorgsspørsmål slik det gjøres blant annet i evidensbasert sykepleie. Kapittel 3 gir en presentasjon av omsorgsteori og er særlig opptatt av det ”tvetydige” ved omsorg, og av maktens plass i den profesjonelle sykepleien. Kapittel 4 og 5 presenterer de to hovedretningene, evidensbasert sykepleie og livsfilosofisk sykepleie. I kapittel 6 drøftes synet på omsorg i lys av de to tradisjonene og teorier om asymmetri, tillit, autonomi og objektivisering. Det vil også være sentralt å trekke inn begreper som makt, kunnskap og profesjonalitet. Kapittel 7 er en kort oppsummering og avslutning.

2.0 Sykepleien - fra kall til profesjon

Åshild Fause og Anne Micaelsen (2002) har i boken *Et fag i kamp for livet* gitt en historisk fremstilling av sykepleien i Norge. Kari Melby (1990) har i boken *Kall og kamp* sett på sykepleieforbundets historie. Begge viser endringene fra en sterk kallsbasert sykepleietenkning og til sykepleie som en egen profesjon. Dette kapitlet vil i hovedsak bygge på disse to bøkene. Jeg velger å bruke ordet sykepleier i stede for sykepleierske i hele kapitlet, selv om dette ikke ble endret før i 1948.

2.1 Kallet som grunnlag for sykepleien

Kallstanken har hatt en dominerende plass i den tidlige moderne norske sykepleien. I nyere tid er imidlertid ikke ordet kall mye brukt, og brukes i dag sjelden som en begrunnelse for sykepleie som yrkesvalg. Kallsbegrepet kan forstås på to ulike måter. Den ene referer til å være kalt til noe av Gud, mens den andre innebærer å ha en oppriktig interesse av å gjøre noe for andre mennesker (Micaelsen og Fause, 2002). I første tilfellet har personen en indre og personlig overbevisning om hva personen er kalt til å utføre. Dette var nok gjeldene for en del sykepleiere, men ikke på langt nær for alle.

Florence Nightingale, som av mange blir regnet som grunnleggeren av den moderne verdslige sykepleien, så på det religiøse kallet som en viktig del av sykepleien (Micaelsen og Fause, 2002). Men kallet var ikke nok: Det krevdes samtidig utdanning gjennom studier og arbeid. Sykepleieren ble aldri ferdig faglig utlært, men måtte stadig vinne større innsikt, ny kunnskap og erfaring (ibid). Videre mente Nightingale at sykepleieren burde motiveres av tre forhold. Det var det fysiske eller det naturlige, det intellektuelle eller det profesjonelle og det religiøse. Det første referer til en trang til å hjelpe den andre i de daglige gjøremål i hverdagen. Det intellektuelle eller profesjonelle beskrives som en trang til å utføre arbeidet så godt som overhodet mulig. Det religiøse kallet består i å tjene Gud, etter Guds vilje. Derfor innebar ”kallet” i sykepleien en oppriktig interesse for den syke og hans eller hennes situasjon. Sykepleie var en tjeneste for den andre, som krevde kunnskap og faglig engasjement av utøveren (ibid). Det å føle seg kalt til noe innbar å virkeliggjøre sitt eget ideal om hva som er det rette og det beste, uten å være redd for å bli oppfattet som udugelig. En sykepleier med en

slik ”kallelse” utførte arbeidet både for sin egen tilfredshets skyld og for pasientens skyld. Dermed ble arbeidet en glede, fordi det opplevdes godt å gjøre noe godt for den andre (ibid:).

Vektleggingen av det religiøse kallet gjorde at mange knyttet en kristen tankegang til det å være sykepleier. Dette kan ses i sammenheng med at flere av skolene hadde religiøs forankring, men det fantes også verdslig utdannede sykepleiere (Micaelsen og Fause, 2002). Florence Nightingale var som sagt en stor inspirasjonskilde til nettopp den verdslige utdanningen, også i Norge. Selv hadde Nightingale et nært forhold til Gud, men hun mente likevel at sykepleieutdanningen skulle være åpen for alle livssyn. Målet med utdanningen var, i motsetning til på de religiøse skolene, blant annet at kvinnene skulle få et selvstendig yrke (ibid).

I 1868 ble den første religiøse sykepleierutdanningen, Diakonisseskolen, opprettet med Cathinka Guldborg som forstanderinne og lærer (ibid). Diakonisseutdanningen var den første sykepleierskolen i Norge, og ble derfor på flere måter en modell for også de verdslige skolene. Sykepleierne ble kalt søstre, og sykepleien ble sett på som en barmhjertighetsgjerning med et kall i bunnen (ibid). Hensikten med arbeidet var annerledes enn hos Nightingale som ønsket å gi kvinner et levebrød. Arbeidet skulle være ulønnet, oppfordrende kallsarbeid. Noen vil nok kanskje hevde at kvinnene måtte ”ofre” livet sitt til sykepleien og den gjerningen det innebar. Søstrene måtte bo på sykehuset de arbeidet, og det var ikke lov til å gifte seg. Rommet de fikk delte de med en eller flere sykepleiere. Det lå store forventninger til arbeidet sykepleierne gjorde, spesielt i forhold til legen. Når legevisitten kom, skulle rommene være ryddet, og alt måtte være i sin skjønneste orden. Pasienten skulle være stelt, og det skulle ikke være en rynke på lakenene. Sykepleieren var tydelig underordnet legen. Elisabeth Hagemann (1936) sin etikkbok fungerte som lærebok for elevene helt frem til 1960-tallet. Boken ble brukt både på de verdslige og religiøse skolene. Der skriver hun blant annet:

Ingen spør efter hennes mening, efter hvad hun liker eller har lyst til – hun har i ett og alt å rette sig efter hvad andre bestemmer for henne (Hagemann, 1936:10).

Dette forklarer noe av den selvoppofrelsen som var forbundet med sykepleien. Sykepleierne valgte et liv i tjeneste for andre. De måtte rette seg etter de plikter og oppgaver det medførte ved å ta et slikt valg.

Ved århundreskiftet var det opprettet seks sykepleierskoler, hvorav tre var verdslige og tre diakonale (Fause og Micaelsen, 2002). Kallet var en sentral del, enten man snakket om den verdslige eller religiøse skolen. Flere av de verdslige sykepleierne så imidlertid på sykepleien først og fremst som noe mer enn et kall. For å tydeliggjøre dette var det flere sykepleiere som gikk sammen og dannet *Norsk Sykepleierforbund*.

2.2 Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble stiftet allerede i 1912. Organisasjonen har hatt en stor og viktig betydning for sykepleien i Norge. Stiftelsen fant sted i en leilighet i Oslo. 44 håndplukkede sykepleiere skrev da under på oppropet som ble publisert september i 1912. Oppropet ble sendt til sykepleiere over hele landet, med oppfordring om å slutte seg til den nye organisasjonen (Melby, 1990). Kvinnene som startet *Norsk Sykepleierforbund* var alle utdannet gjennom den verdslige sykepleierutdanningen. Gjennom organiseringen av sykepleierne og dannelsen av forbundet, ønsket de blant annet å kjempe ned noen av de tidligere personlige idealene som var knyttet til sykepleien. For eksempel de nære forpliktelsene sykepleierne hadde til institusjonene de arbeidet, og hvordan sykepleierne nærmest måtte "vie" livet sitt til yrke. Slike kampsaker viser at disse første faglærte verdslige sykepleierne ikke bare var stillferdige kallsarbeidere, men også bevisste og utadvendte yrkeskvinner (ibid). Forbundet stilte bestemte kriterier og krav til utdanning og erfaring, som måtte være oppfylt for å kunne være medlem. Rekrutteringen gikk likevel på tvers av institusjoner og stillingsnivåer, og både verdslige og religiøst utdannende sykepleiere var velkommen. *Norsk Sykepleierforbund* het fra begynnelsen av *Norsk Sykepleierske forbund*. Navnet ble endret da *Sykepleierloven* i 1948 ble vedtatt. Loven betydde en enhetlig utdanning over tre år, og sykepleierne hadde fått det formelle ansvaret over sin egen utdanning. Loven åpnet for første gang også utdanningen for menn (Fause og Micaelsen, 2002).

En av NSF sine viktigste saker helt fra begynnelsen har vært sykepleierutdanningen. Både lengden og hvilke krav som skulle stilles til utdanningen var viktig. At sykepleierne var selvstendige og en nødvendig yrkesgruppe har også vært en viktig sak. Hjelpepleierne kunne lett bli oppfattet som en trussel når de kom som en egen yrkesgruppe. Forbundet har hele tiden jobbet for at sykepleierne skulle få større frihet. Dette innebar blant annet at de skulle

kunne gifte seg, og likevel fortsette i arbeidet. Det var først med loven i 1948 at sykepleierutdanningen formelt ble åpnet for gifte (Melby, 1990). En annen viktig sak var at sykepleierne skulle få utbetalt lønn.

Helt fra begynnelsen har NSF vært sentrale i arbeidet for sykepleiernes utdanning, muligheter og arbeidsvilkår (Melby, 1990). Forbundet er også utgiver av tidsskriftet *Sykepleien*. Bladet tar opp aktuelle problemstillinger og pågående debatter innenfor sykepleiefaget. Det er mulighet for leserinnlegg og kommentarer til artiklene som publiseres. Bladet ble første gang utgitt i 1912 og har siden den gang vært sentralt for forbundet.

I 1960- og 1970 årene begynte kampen for at sykepleien skulle bli en egen profesjon. Interessene for dette var splittet, men daværende leder for NSF, Helga Dagsland, var en stor pådriver for profesjonsutviklingen.

2.3 Sykepleien som profesjon

2.3.1 Profesjonsbegrepet

Svein Aage Christoffersen (2005) tar i sin bok *Profesjonsetikk* utgangspunkt i Ulf Torgersens klassiske definisjon av hva en profesjon er. Christoffersen trekker der ut tre krav som stilles for å kunne være en profesjon. For det *første* er en profesjon en bestemt yrkesutøvelse, knyttet til et bestemt yrke. Ikke alle yrker kan betegnes profesjoner. Det *andre* som vektlegges er utdanningen. Det stilles krav til både lengde, vitenskapelighet og andre formaliteter.

Utdanningen må ta flere år og kunne dokumenteres gjennom tilfredsstillende eksamenspapirer som viser at man er kvalifisert. At det er en akademisk utdanning med et bestemt vitenskapsfag som ligger til grunn, er også viktig i den klassiske definisjonen. Eksempler på slike profesjoner er lege, prest, psykolog og advokat. Det *tredje* som er viktig er at profesjonen har monopol på yrkesutøvelsen innenfor sitt fag. Dette kommer til uttrykk gjennom utdanningen hvor man får en offentlig godkjenning som yrkesutøver. Det kreves ikke bare eksamen, men også en autorisasjon for yrkesutøvelsen (ibid).

Profesjonsbegrepet anvendes ikke like strengt som i den klassiske definisjonen i dag. Mye av det man ser i den klassiske definisjoner er imidlertid fremdeles gjeldene, men i en mer moderat utgave. For eksempel er det flere treårige utdanninger som i dag har profesjonsbetegnelse. Et klassisk eksempel på det er sykepleien. Sykepleien var et yrke som ønsket å få status som profesjon. Det ble derfor endret på utdanningen ved at nye fag og mer teori har fått større plass. Sykepleiens arbeid med å utvikle sin egen sykepleievitenskap har også vært en viktig del for å nærme seg den klassiske definisjonen av hva en profesjon er. Dette har de klart, og sykepleien omtales i dag som en egen profesjon (Christoffersen, 2005).

2.3.2 Profesjon og sykepleievitenskap

Da Helga Dagsland ble valgt til formann i NSF i perioden 1967-1973, ble profesjonalisering en akseptert målsetting. Fra den gang har forbundet hatt en bevisst satsing på å utvikling av sykepleieteorier og på å gi sykepleien sitt eget vitenskapelig grunnlag. Dette har stimulert til forskning og en ambisjon om å gi sykepleie status som universitetsfag (Melby, 1990). Dette er nå en realitet. Gjennom den økonomiske satsningen, og de internasjonale kontaktene som ble knyttet på 50-tallet, ble grunnlaget for den sykepleiefaglige utviklingen som preget NSF i 1960- og 1970-åra (ibid). Fra USA kom det viktige impulser som var med å videreutvikle det vitenskapelige grunnlaget for sykepleien. Flere norske sykepleiere reiste til USA for å utdanne seg. Der hadde sykepleierutdanningen allerede vært flere år på college- og universitetsnivå, og denne nytenkningen ble en inspirasjon i Norge. Helga Dagsland var en slik inspirasjonskilde. Hun kom tilbake overbevist om betydningen av sykepleieforskningen som en viktig brikke i profesjonaliseringen av sykepleien. Sykepleien skulle etablere seg som en vitenskapelig disiplin med basis i egne begreper og teorier. Slike teorier tok utgangspunkt i et naturvitenskapelig forskningsideal som la vekt på å finne årsakssammenhenger i sykepleier – pasient forholdet (Fause og Micaelsen, 2002).

Forskningen hadde flere viktige funksjoner. For det første var den viktig for at sykepleien skulle danne sitt eget vitenskapsgrunnlag. For det andre kunne forskningen være viktig for å avklare og definere sykepleieoppgaver i forhold til andre grupper i helevesenet. Dermed ville sykepleiens funksjoner bli tydeligere, og forskningen ville være viktig for å klarlegge hva som var sykepleie. Det gjaldt i forhold til både leger og hjelpepleiere. Når sykepleien fikk et eget spesifikt kunnskapsgrunnlag, uavhengig av den medisinske modell, ville det være med å

forhindre underordningen sykepleierne lenge hadde følt i forhold til legene (Melby, 1990). Hvis de hadde et eget vitenskapelig ståsted og en status som profesjon, ville de tydeligere få fram sin egen særegenhet i forhold til andre yrker og profesjoner. Det ville signalisere distanse til hjelpepleierne og nærhet til legene. Profesjonell sykepleie skulle gi en garanti om kvalitet av pleien som ble gitt (ibid).

I Norge ble det første institutt for sykepleievitenskap opprettet ved Universitetet i Bergen i 1979. Dermed var sykepleien etablert som et eget akademisk fag. Det var tre argumenter som ble vektlagt i opprettelsen av universitetsinstituttet. For det *første* var det behov for å utdanne ledere til sykepleiesektoren. For det *andre* at sykepleien baserte seg på kunnskap fra andre disipliner. Sykepleien måtte utvikle seg tverrfaglig, og det kunne best skje i et universitetsmiljø. For det *tredje* var det nødvendig å styrke forskningskompetansen. Både fordi faglige problemstillinger måtte løses vitenskapelig, og fordi sykepleierne burde ha muligheter for å kvalifisere seg til undervisningsstillinger. Spørsmålene som imidlertid ble reist i forhold til å knytte sykepleien til universitetet, var i forhold til hva som var sykepleievitenskapens kunnskapsgrunnlag og metodiske basis. Det var også stilt spørsmål om hvorvidt sykepleievitenskapen skulle forankres i medisin eller samfunnsvitenskap (Melby, 1990). I 1985 ble institutt for sykepleievitenskap opprettet også ved Universitetet i Oslo. I dag finnes det institutter for sykepleievitenskap på Universitetet i Bergen, Oslo og Tromsø, hvor alle er underlagt medisinsk fakultet (Micaelsen og Fause, 2002).

Men det var også kritiske røster til det store fokuset på sykepleieforskning og profesjonalisering. En av disse var Kari Martinsen. Hun mente at noe av det grunnleggende i sykepleien, omsorgen, kunne bli borte (ibid). Hun har vært aktiv i debatten helt fra 1970-tallet frem til i dag. Den retningen Martinsen representerer, og hennes synspunkter utdypes tydeligere i kapittel fem. Marit Kirkevold er i dag en sentral person innenfor sykepleieforskningen i Norge. Hun er ansatt ved institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Sammen med henne er også Monica Wammen Nortvedt en sentral person som arbeider mye med kunnskapsbasert eller evidensbasert sykepleie i Norge i dag. Begge vil jeg komme nærmere inn på i kapittel fire.

2.4 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett på utviklingen av sykepleien fra å være et kall til å bli en selvstendig profesjon. Kallstanken var tidligere grunnlaget for sykepleien, og valg av sykepleie som yrke. Sykepleierne måtte bo på institusjonen, delte værelse og fikk ikke lov å gifte seg. Den første sykepleierutdanningen i Norge var på de religiøse skolene, og ble dermed en modell også for de verdslige når de ble startet. Florence Nigtingale blir sett på som grunnleggeren av denne verdslige moderne sykepleien. Hun mente arbeidet som sykepleier var et viktig leverbrød for sykepleierne, i motsetning til de religiøse skolene.

Det var de verdslige sykepleierne som gikk sammen og organiserte seg i 1912, og dannet *Norsk sykepleierforbund*. Helt fra den gang har de hatt en sentral rolle i arbeidet med sykepleien, både i forhold til utdanning og å skape muligheter for sykepleierne. Etter andre verdenskrig, og spesielt fra 1970-tallet har profesjonsdannelse stått på dagsorden. Med impulser fra USA ønsket sykepleien å danne sin egen profesjon, med eget vitenskapsfag og som egen faglig disiplin. I dag kan man studere sykepleievitenskap ved flere universiteter i Norge.

Denne utviklingen er grunnlaget for det jeg skriver om i min oppgave. Vitenskapeliggjøingen av sykepleiefaget har ført til stort fokus på sykepleievitenskap og forskning. Det har også ført til kritiske stemmer. Dermed kan man se to tydelige tradisjoner innenfor sykepleien i dag. En livsfilosofisk og en naturvitenskapelig tradisjon, hvor tilnærmingen til sykepleien er noe forskjellig. Omsorg er imidlertid et sentralt begrep i sykepleien, uansett tradisjon. I neste kapittel vil jeg se på omsorgsbegrepet og ulike utfordringer sykepleieren møter i omsorgsrelasjonen med pasienten.

3.0 Teorier om omsorg og makt

I sykepleien som fag og praksis snakkes det mye om omsorg, men forholdsvis lite om den makten som ligger i det å yte omsorg til mennesker som har behov for hjelp. Gjennom viktige arbeider har den franske filosofen Michel Foucault tydeliggjort den makt som ligger i kunnskap. I *Diskursens orden* viser han hvordan kunnskap brukes til å skille det ”normale fra det unormale”, det ”lovlige fra det ulovlige” (Foucault, 1971). Den tyske sosiologen Max Weber definerer makt slik: ”Makt er ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber, 1971:53). Sagt annerledes: makt er de mulighetene man har for å få innfridd egne ønsker, selv når man møtes med motstand. Med andre ord: makt kommer til uttrykk med en seier over den andre. Alle steder hvor det er flere mennesker vil det forekomme makt, spørsmålet er bare hvem som kommer seirene ut av det, og hvordan makten brukes. I sykepleiesammenheng kan det f.eks. tenkes at pasienten har synspunkter som står i motsetning til den vurderingen en sykepleier har. I dette kapittelet vil jeg derfor se nærmere på begrepene omsorg og makt i relasjonen med pasienten.

3.1 Omsorg

Omsorg er et stort tema hvor det finnes mye teori. Innen sykepleien er det sentralt hva som legges i begrepet omsorg, og hva det er man bygger omsorgen på. Det er tydelig at det har pågått en debatt om hva som er omsorg og hvordan det skal videreutvikles. Innenfor en sykepleiefaglig kontekst er det snakk om profesjonell omsorg. Det blir noe annet enn den private omsorgen som utøves i hverdagen mellom familie, venner og kjente. Den profesjonelle omsorgen vil man kunne knytte til det å utøve omsorg som yrkesutøvelse, og med den yrkeskompetanse som kreves i utdanningen. Omsorgsbegrepet knyttes nært opp til sykepleien. I enkelte tilfeller blir disse to begrepene nesten likestilt, og brukes om hverandre. En slik bruk stiller Sveinung Monstad (2009), lektor ved Høgskolen i Bergen, seg kritisk til. Han mener at omsorgsbegrepet er mye videre, og ikke bare knytter seg til sykepleie.

3.1.1 Definisjon

Omsorg kan få endret mening etter hvilken kontekst det brukes i. Men både når man bruker det i en privat-, teoretisk- eller en profesjonssammenheng, må en omsorgssituasjon omhandle minst to parter for å være mulig. Mange forbinder omsorgsbegrepet med det ”å ta vare på”, eller ”bry seg om”. En person gjør noe for en annen person. Det finnes mange definisjoner på omsorgsbegrepet, men jeg velger å benytte meg av den Jan- Olav Henriksen og Arne Johan Vetlesen (2000) bruker:

Omsorg er svaret, responsen, på andres sårbarhet. Som svar på noe grunnleggende og ”gitt” ved vår eksistens, er omsorgen en nødvendighet. Vi vet hva dette i verste fall innebærer: Om omsorgen uteblir, så dør den trengende. Omsorg er understøttelse av livet. Dette er omsorg på sitt mest basale: å verne liv. Men omsorg er også noe mer enn bare opprettholdelse av livet: Omsorg er understøttelse av et *verdig* liv. Å gi omsorg er noe kvalitativt: det innebærer å ”svare” på den trengendes krav til verdighet. (Henriksen og Vetlesen, 2000:29).

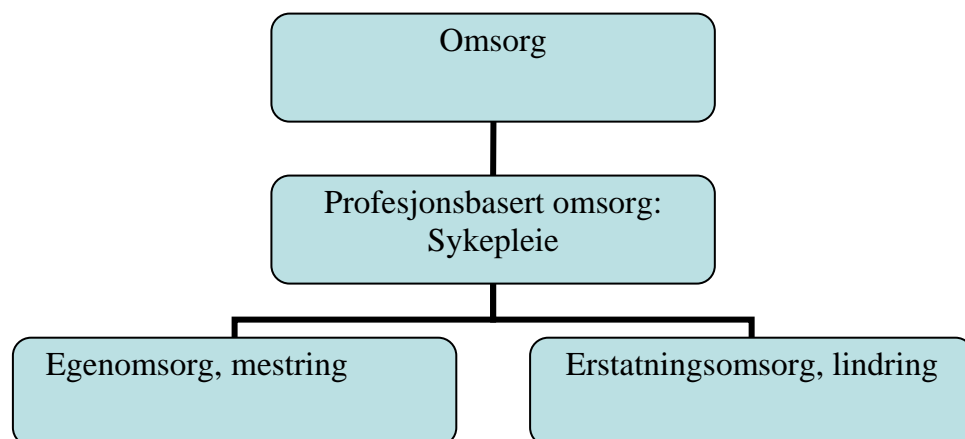
Omsorg er en nødvendighet ved våre liv. Et lite barn kan ikke klare å overleve uten, og det er barnets sårbarhet som fordrer behovet for omsorg. Som det fremgår av definisjonen, er omsorg et relasjonsbegrep. Det er kvaliteten på relasjonen mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker som er avgjørende. I relasjonen sykepleier - pasient handler dette dels om å møte pasientens grunnleggende behov på ulike områder, og dels om å møte pasienten som et likeverdig medmenneske, med den kunnskap og erfaringen som omsorgsgiver har.

Arne Johan Vetlesen (2001) skriver med filosofen Martin Heidegger at omsorg er en struktur ved menneskets væren i verden, et eksistensielt. Vi kan ikke velge bort omsorg fra vår tilværelse, det er en nødvendighet som viser seg hver gang et nytt menneskeliv kommer til verden. Det lille barnet er sårbart og er avhengig av omsorg. Men det er ikke bare da man trenger omsorg. Det følger en gjennom hele livet og avsluttes når man til slutt dør. Men omsorgen må være tilstede hele tiden. Omsorg er å gi den andre noe den ikke kan gi seg selv og er en bekreftelse på at det er mulig å bo i verden. Videre er omsorg svar på tre ikke-valgte grunnvilkår ved tilværelsen, som kan oppsummeres i tre ord: avhengighet, sårbarhet og dødelighet. Det vil si at alle mennesker i løpet av livet får kjenne disse begrepene ”fysisk” på kroppen, og man vil da trenge omsorg av andre rundt seg (ibid).

3.1.2 Profesjonell omsorg

Det som kjennetegner profesjonell omsorg er at man utøver omsorg på grunnlag av en yrkeskompetanse, og ikke i en privat familierelasjon. Profesjonell omsorg er kanskje først og fremst preget av at det er en gjennomtenkt, rasjonell og en planlagt terapeutisk virksomhet hvor målene er faglige. Profesjonell omsorg er også upartisk, på den måten at man kan ha ansvar for flere pasienter, og må balansere mellom pasientenes ulike hjelpebehov. Innenfor profesjonsomsorgen knytter det seg en spenning til at det på den ene side stilles krav til objektiv distanse, og på den andre siden stilles krav til adekvat, personlig nærhet og involvering. På grunn av det saksorienterte og faglige fører det til implikasjoner for hvor personlig omsorgen kan være. Denne balansegangen er et særtrekk ved profesjonell omsorg (Nortvedt, 2001). Et strukturelt trekk innenfor enhver omsorgsrelasjon er at det er en asymmetri i forholdet mellom den part som trenger omsorg og den som gir omsorg. Denne asymmetrien vil være spesielt merkbart innenfor den profesjonelle omsorgen, for eksempel mellom sykepleier og pasient (Henriksen og Vetlesen, 2000).

Egenomsorg er også et mye brukt begrep innenfor sykepleien. Begrepet kommer opprinnelig fra USA, og kom til Norge på midten av 70-tallet. Det er den amerikanske teoretikeren Dorothea Orem som står bak. Egenomsorgsbegrepet har fått stor innflytelse på norsk sykepleie, og har stått sentralt innenfor sykepleieutdanningen. Per Nortvedt (1998) sier at egenomsorg er et begrep som kommer under omsorg. Det er en spesiell type omsorg. Han har gitt en fremstilling av forholdet mellom omsorg, profesjonell omsorg og ulike former for profesjonell omsorg i et begrepshierarki. Figur 1 illustrerer dette:



FIGUR 1: Begrepshierarki (omsorg)

(Nortvedt, 1998:100)

Nortvedt plasserer omsorg øverst som et overordnet begrep. Under følger profesjonsbasert omsorg, som da er sykepleie. Denne deler han videre i to undergrupper, egenomsorg og mestring, og erstatningsomsorg og lindring. I min oppgave vil jeg jobbe med omsorg knyttet til profesjonssammenheng, og det vil da være snakk om profesjonell- eller profesjonsbasert omsorg. Jeg vil ikke benytte meg av egenomsorgsbegrepet, men synes det er relevant å nevne det siden det er en viktig teori innenfor sykepleien som skiller seg fra de andre omsorgsteoriene. I forhold til min problemstilling vil det være relevant å heller ha fokus på den andre siden, nemlig erstatningsomsorg.

3.2 Asymmetri i relasjonen

Enhver relasjon mellom mennesker vil på en eller annen måte innebære makt. Makten i det profesjonelle møtet er først og fremst basert på den profesjonelles faglige kompetanse og på at vedkommende representerer en institusjon. Makten i det profesjonelle forholdet er dermed asymmetrisk fordelt. Det er ikke likeverdig maktforhold, den profesjonelle har en makt som den andre ikke har (Christoffersen, 2005). Det profesjonelle maktforholdet er faglig formidlet, og etisk sett er det den profesjonelles oppgave å bruke makten til den andres beste. Den danske teologen og filosofen Knud E. Løgstrup (1956) kaller det for den etiske fordring.

Det er ikke bare på grunn av faglig kompetanse og på vegne av sin profesjon at man har makt i en relasjon. Makten har også en personlig side. Den er knyttet til den profesjonelles holdninger og evne til kommunikasjon. Dette vil også være gjeldene i andre relasjoner som ikke er knyttet til en profesjonell kontekst. Den etiske fordringen sier at vi skal bruke den makten vi har over et annet menneske til det beste for dette mennesket, og ikke det beste for oss selv. Den etiske fordringen sier imidlertid ikke noe om hvordan man skal gjøre dette. Men en ting er sikkert, ingen har rett til å gjøre seg til herre over andres liv. Det mener Christoffersen (2005) med utgangspunkt i Løgstrup. På grunn av asymmetrien i de relasjonene som finnes innenfor sykepleieprofesjonen er det viktig å diskutere begrepet makt. Innenfor en slik relasjon kan makt trives godt, og forholdene kan bli lagt til rette for at akkurat makten kan få fritt spillerom.

3.3 Tillit og profesjonell omsorg

Som nevnt er kvaliteten på relasjonen mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker avgjørende for om det ytes god omsorg eller ikke. Et sentralt begrep i denne sammenheng er begrepet ”tillit”. Tillit er en sentral verdi som man prøver å skape i relasjonen. Som en følge av at man viser noen tillit, vil man selv bli sårbar. Dermed vil det også være aktuelt å snakke om makt. Den som har blitt vist tillit, i dette tilfellet sykepleieren, må være bevisst på å ikke misbruke den makten som de får. Misbrukes makten vil det trykke på pasientens sårbarhet (Nortvedt og Grimen, 2004). En pasient som stoler på sykepleieren kan ofte komme inn i tillitsrelasjonen preget av avmakt og lite kunnskap på området. Dermed er han avhengig av at sykepleieren vet hva som skal gjøres og tar de riktige avgjørelsene. Pasienten må stole på sykepleierens kompetanse. Det er det man kan kalle epistemisk asymmetri, som vil si at noen vet, andre vet ikke. I dette tilfellet vil det være sykepleieren som vet og pasienten som ikke vet. Med det som utgangspunkt er det sykepleieren som er herre over situasjonen (ibid).

At pasienten i enkelte tilfeller er nødt til å stole på de profesjonelle kan dekomponere i tre elementer: tillit til hensikter, tillit til kompetanse og tillit til teknologi. Tillit til teknologi vil ikke alltid være tilstede, og da er det tillit til kompetanse og hensikter som vil være relevant i situasjonen. At pasienten har tillit til sykepleierens kompetanse vil si at pasienten har tiltro til den profesjonelles evne og vilje til å kunne oppdage og korrigere egne feil og profesjonsinterne kontrollmekanismer (ibid). Den som gir tillit er i hendene på andre personers gode hensikter. Det er alltid en risiko for at den som møter noen med tillit blir utsatt for maktbruk, fordi han gir fra seg kontroll over noe han er interessert i, til noen som han ikke har noen garanti for at er pålitelige (ibid).

Per Nortvedt og Harald Grimen (2004) skriver om tillit og makt og diskuterer fire ulike sammenhenger mellom tillit og makt. Det *første* de ser på er at *makt kan skape tillit*. Det er tre mulige årsaker til at en person gjennom tillit overfører makt til den andre parten i en relasjon. For det første kan manglende valgfrihet tvinge noen til å vise tillit. Hvis en pasient blir akutt syk eller er avhengig av en spesiell behandling er han nødt til å vise tillit. For det andre kan en legitim autoritet skape tillit. Legitim autoritet kan bygge på lover og regler, tradisjon og tro på personlige nådegaver. Legen er et eksempel på det. For det tredje kan makt skape tillit fordi en person tror at andre personer har makt eller evner til å gjøre ting han selv ikke kan (ibid).

Den *andre* sammenhengen mellom makt og tillit er *variasjon i utgangsbetingelsene for tillit*. Man kan gå inn i en tillitsrelasjon *ovenfra* eller *nedenfra*. Personen går inn *ovenfra* hvis han har effektive sanksjoner mot tillitsbrudd, eller en troverdig trussel om å forlate relasjonen. Et eksempel på det kan vi se i militæret. Kapteinen gir soldaten en ordre om noe som skal gjøres. Da viser han soldaten tillit og stoler på at det blir gjort. Hvis ikke har kapteinen makt til å straffe soldaten, noe begge er fullt klar over på forhånd (ibid). Den andre muligheten er at personen går inn i tillitsrelasjonen *nedenfra*. Det vil være det aktuelle i en pasientsituasjon. Hvis denne tilliten blir brutt av sykepleieren, vil ikke pasienten nødvendigvis ha mulighet for å straffe sykepleieren på grunn av tillitsbruddet. Han har med andre ord færre muligheter til å stille en upålitelig tillitsmisbruker til ansvar for det han har gjort. Han har også mindre makt og kunnskap til å kunne rette opp feil og misbruk. Pasientene vil i mange tilfeller være nødt til å stole på det de profesjonelle gjør (ibid).

Den *tredje* sammenhengen er at i noen tilfeller kan *makt bygge på tillit*, ofte i sammenhenger hvor definisjonene er meget åpne. Nortvedt og Grimen henviser til Webers klassiske definisjon av makt, hvor en persons makt er sannsynligheten for at han i en sosial relasjon kan sette sin vilje igjennom, også om han møter motstand, uavhengig hva denne sannsynligheten bygger på. Da kan makt hvile på tillit, fordi tillit kan la en person få sin vilje uten motstand.

Den *fjerde* og siste sammenhengen mellom tillit og makt, er at en som gir tillit alltid bygger på en *situasjonsdefinisjon*. Den som gir tillit oppfatter situasjonen på en bestemt måte. Hadde han vist at den situasjonsdefinisjonen han hadde var feil ville han ikke ha stolt på den andre personen. Men tillitsgiveren kan ha oppfattet situasjonen feil og derfor blitt lurt. Da blir han utsatt for inntrykksmanipulasjon som Nortvedt og Grimen kaller det (ibid). I profesjonell omsorg kan alle disse formene for maktbruk forekomme.

3.4 Autonomi og pasientrolle

I samsvar med ideen om at alle mennesker har lik verdi og en ”iboende verdighet” som det heter i Menneskerettighetserklæringen, blir enkeltmenneskets autonomi betraktet som noe essensielt ved det å være menneske. Begrepet er ikke nødvendigvis enkelt å knytte til omsorg. I omsorgsbegrepet ligger det en avhengighet, mens i autonomi ligger det uavhengighet. Arne Johan Vetlesen trekker frem Immanuel Kants filosofi som støtte for dette synet. Autonom er

den, og bare den, som gir seg selv sine egne lover, som kun anser seg forpliktet av de lover man selv anerkjenner. Som selvlovgivende er mennesket ukrenkelig i betydningen av å inneha en iboende verdi som aldri kan settes til sides. Å være et menneske er å være et formål i seg selv, aldri bare et middel (Vetlesen, 2001). Kant var imidlertid også opptatt av at den enkeltes autonomi ikke måtte gå på bekostning av andres rett til det samme. Individuell frihet og selvstendighet innen en fellesskapsramme var idealet.

Hvis autonomi regnes som essensielt ved det å være menneske, hvordan ser man da på omsorg? Avhengigheten som knyttes til omsorg, kan redusere pasientens mulighet til å være autonom. På den annen side preges dagens vestlige samfunn av en tenkning som favoriserer autonomi over omsorg. Personers rettigheter har som funksjon å beskytte individets rettigheter. Vetlesen påpeker at i løpet av de siste par hundre årene har vi gått fra et samfunn der individet har plikter fordi staten har rettigheter, til et samfunn hvor staten har plikter fordi individet har rettigheter. Dette viser hvordan utviklingen har gått i retning av individualisering (ibid). Avhengighet vil da fremstå som negativt, hemmende og undergravende i forhold til autonomi. Mest mulig selvbestemmelse vil bli ansett som rett, og tilsvarende har den andre plikt til å respektere den enkeltes autonomi (ibid). Når autonomi og selvbestemmelse gjøres til den høyeste verdi, er det en fare for at de som ikke er selvbestemmende og autonome, heller ikke får den hjelpen de trenger og har krav på. Idealet om selvbestemmelse ser kanskje i for stor grad bort fra andre syn på hva et godt liv er. Samvær med andre er en viktig og betydelig erfaring (Wyller, 2005). Likevel er det et ideal at pasientens synspunkter og medbestemmelse får plass i omsorgstenkningen. Dersom en pasient ikke er i stand til, eller har ønske om å være medbestemmende, må omsorgsgiveren respektere dette, samtidig som det er en etisk fordring å sørge for at disse pasientene får den omsorg de har behov for.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.5 står det i forhold til pasienters autonomi og medbestemmelsesrett følgende: "Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten" (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Pasientens autonomi skal bli ivaretatt og respektert av sykepleieren som behandler pasienten. Samtidig står det at pasienten også kan velge å si ifra seg sin rett til selvbestemmelse.

Pasientenes autonomi blir med andre ord ivaretatt i de yrkesetiske retningslinjene. Sveinung Monstad påpeker i sin artikkel *Autonomi og omsorg*, at punkt 1.5 kan virke uklart, i forhold til det å skulle frasi seg selvbestemmelsesretten. Det står ikke noe om hvor lenge eller under hvilke omstendigheter dette gjelder. Han mener at å frasi seg sin selvbestemmelsesrett faktisk

betyr det som står, og da har man ikke denne retten lenger. Han er enig i at pasientene ikke burde bli presset til å ta avgjørelser de burde vært skånet for. God omsorg kan nettopp være det å la mennesker slippe å ta store og små avgjørelser i enkelte situasjoner. Men han vil ikke kalle dette å frasi seg sin selvbestemmelsesrett (Monstad, 2009). Pasientens rett til medvirkning er også et eget punkt i pasientrettighetsloven.

3.5 Makt og objektivisering

Siden vi som mennesker alltid er utlevert til hverandre, vil også makt inngå i vår samhandling med andre. Livene våre er innvevd i hverandre og dermed innved i personers utfoldelse av makt. Det avgjørende mener teologen og filosofen Knud E. Løgstrup er om den enkelte lar makten over den andre tjene den andre eller ikke. Han har et klart skille mellom å ta ansvar *for* og ansvar *fra* den andre. Gjennom den første vil man leve opp til den etiske fordring, ved den andre betegnes det som maktmisbruk (Henriksen og Vetlesen, 2000). Jan – Olav Henriksen og Arne Johan Vetlesen bruker, i likhet med Løgstrup ordet makt uten negativ betydning. At vi utøver makt over andre, og de over oss, er et faktum ved menneskelivet. Det er bare som subjekter vi kan gjøre andre til objekter, til gjenstander for vår utøvelse av makt. Det er viktig at sykepleieren ikke fratar pasienten status og ansvar som moralsk subjekt. Å vise en person at man erkjenner at han kan utøve makt, er å vise at man har respekt for han som moralsk subjekt. Dette er like viktig hos en pasient (ibid).

3.5.1 Hans Skjervheims to - og treleddet relasjon og det instrumentelle mistaket

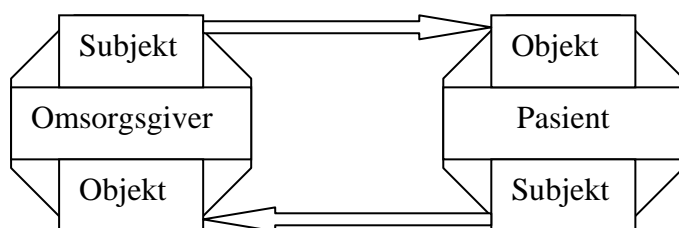
En forutsetning for god omsorg, er gode menneskelige relasjoner. Filosofen Hans Skjervheim hevder at en god relasjon mellom mennesker bare kan skje dersom disse møter hverandre som likeverdige subjekter i et jeg-du forhold. Derfor mener han at det ikke lar seg gjøre å overføre en naturvitenskapelig tenkning til menneskelige forhold, for en slik tenkning forutsetter alltid et jeg-det forhold (Skjervheim, 1996). Det er dette som er utgangspunktet for det Hans Skjervheim kaller *det instrumentelle mistaket* (ibid).

Det instrumentelle mistaket oppstår når den mest alminnelige måten å forholde seg til tingene på i naturvitenskapen blir overført til samfunnsvitenskapen. For å presisere dette tydeligere gikk Skjervheim tilbake til Aristoteles. Aristoteles skilte mellom *poiesis* og *praxis*. Begge uttrykkene beskriver en handlingsrelasjon, og i begge uttrykkene kan det dreie seg om et menneske som forholder seg til et annet. Aristoteles mente med ordet *poiesis* den relasjonen som oppstår når et menneske vil gjøre noe med en ting, eller en situasjon for å frembringe et produkt. Kunstneren er et eksempel på dette. Han driver *poiesis* når han eller hun gjør noe med et stoff, former det og frembringer et kunstverk. Denne formen for utforming er det Skjervheim i hovedsak mener preger naturvitenskapelig tenkning og praksis. Innenfor naturvitenskapen er det sentrum å handle innenfor akkurat *poiesis*. Det som vektlegges er hva tingen skal brukes til og hva den er god for, om stoffet har blitt påført skader under utformingen er ikke det viktigste. Det motsatte av *poiesis* for Aristoteles var *praxis*. *Praxis* er den relasjonen hvor det står mennesker på hver sin side av relasjonen, i motsetning til et menneske mot en ting i *poiesis*. Relasjonen i *praxis* kommer til uttrykk ved at to eller flere mennesker handler sammen. Alle partene blir berørt av det som foregår i relasjonen, og kvaliteten i denne relasjonen er det karakteristiske ved *praxis*. Den vektlegger den egenverdien i samhandlingen mellom mennesker. Å skille mellom disse to på et filosofisk plan er enkelt, men det kan være vanskeligere i praksis. Det er ikke alltid det er like lett å vite om man handler i *poiesis* – modus med mennesker eller når vi handler i et tydeligere *praxis* – modus. Skjervheim bruker dette skillet til å forklare ”det instrumentelle mistaket”, som skjer når *poiesis* er den klart tydeligste måten vi forholder oss til andre mennesker på. *Poiesis* – praktikerer skal gjøre noe med menneskene, akkurat som naturviterens skal gjøre noe med tingene. Det er den instrumentelle feilen (Wyller, 2005).

Det ligger nokså nært å tenke seg at en omsorgsgiver kan betrakte omsorgsmottakeren som et objekt som må vurderes, slik at de rette tiltakene kan settes inn. Eksempel på dette, er når en sykepleier benevner en pasient ut fra hvilken diagnose vedkommende har: ”Kan du gå inn til magesåret på rom 4?”. Da har pasienten blitt et objekt isteden for et medmenneske,- det har skjedd en objektivering.

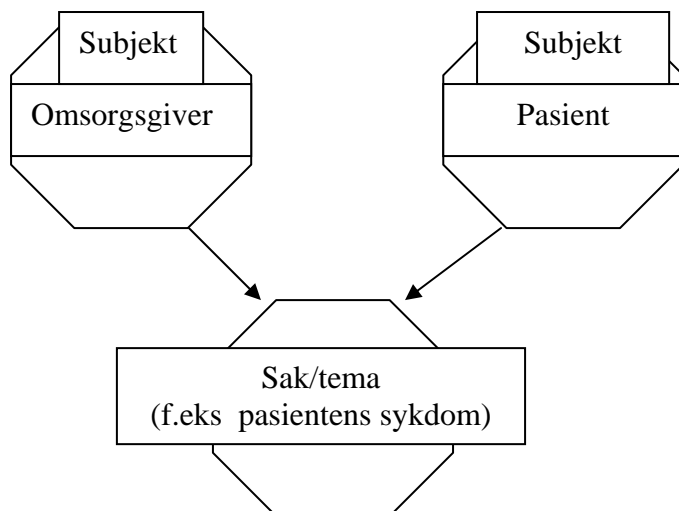
Hans Skjervheim (1996) skrev i artikkelen *Deltakar og tilskodar* om objektivering av mennesket som er følge av det instrumentelle mistaket. Både det instrumentelle mistaket og objektiveringen kan unngås. I den forbindelse benytter Skjervheim begrepene ”toleddet ”og ”treleddet relasjon.” Eksempel på en toleddet relasjon kan være omsorgsgiver - pasient.

Omsorgsgiver vil i mange tilfelle være opptatt av å vurdere pasientens væremåte, psykologiske reaksjoner osv. Dermed kommer omsorgsgiver i en betraktende eller vurderende rolle i forhold til den andre, og gjør denne dermed til et objekt. Da har det skjedd en objektivisering. På lignende måte kan pasienten objektivisere omsorgsgiver ved å vurdere dennes væremåte, reaksjoner osv. Dette er illustrert i figur 2:



Figur 2: Toleddet relasjon

Som alternativ til den toleddede relasjonen, og for å unngå objektivisering, argumenterer Skjervheim for en treleddet relasjonen i møtet med andre mennesker. Den treleddete relasjon tar utgangspunkt i *den andre, meg selv* og *saken*. Da snakker både jeg og den andre om *saken* (Skjervheim, 1996). Begge skal høre på hva den andre sier om saken, og forholde seg til det. Hvordan den personen som blir fortalt noe forholder seg til saken er det som er det etisk avgjørende. For at det skal være en treleddet relasjon er det nødvendig at personen som blir fortalt noe respekterer saken, og diskuterer den videre med den som tok den opp. Men hvis personen ikke hører på det som blir fortalt, og i stedet spør om personens motiver for å legge frem saken, da går den treleddete relasjonen i oppløsning. Man får da en toleddet relasjon i stedet. Da forholder personen seg til den andre bare som et objekt. Den toleddede relasjonen har derfor Skjervheim kalt en subjekt - objekt relasjon, som er et uttrykk for det instrumentelle mistaket på et individuelt nivå (Wyller, 2005). Den treleddete relasjonen innebærer at to subjekt samtaler om noe tredje; saken. Dette er illustrert i figur 3:



Figur 3: Treleddet relasjon

Isteden for å vurdere hverandre og dermed gjøre hverandre til objekt, innebærer den treleddete relasjonen at det er saken som gjøres til objekt, i dialogen mellom to subjekt. Objektivisering av andre er Skjervheim kritisk til, og han mener at positivismen er med å bygge opp under en slik tankegang. I en omsorgsgiver- pasient relasjon vil omsorgsgiveren ha definisjonsmakten, og blir derfor herre i situasjonen (Skjervheim, 1996). Forskjellen på å delta og la seg engasjere på den ene siden, og å konstatere og objektivere på den andre, er forskjellen på en to - og treleddet relasjon. Hvis man objektiviserer og tar det som den andre sier som et faktum vil man stille seg selv utenfor temaet. Hvis man objektiviserer omverdenen, de andre og samfunnet, så stiller en seg utenfor. På den måten blir man derfor fremmed for seg selv (ibid). Imidlertid må det ikke unnskås at sykepleieren har profesjonelle kunnskaper omkring sykdom, og nødvendigvis må bruke dette i observasjon og vurdering av sykdomsforløpet. I samsvar med Skjervheims tenkning vil det være ønskelig å tilstrebe et jeg-du forhold fremfor et jeg-det forhold.

3.6 Andre tvetydigheter ved omsorg

Omsorg er et tveegget sverd, hevder Knut W. Ruyter (2001). På den ene siden blir helsepersonell i dagens helseinstitusjoner sosialisert inn i en tankegang om at omsorg lar seg

planlegge, organisere og effektivisere. På den annen side handler omsorg om høyst nærværende praktiske problemer som må løses hvis man skal ha noen forhåpninger om å yte god omsorg (ibid). Den allmenne og grunnleggende bruken av omsorg som et normativt begrep viser begrepets tvetydighet. Et annet spørsmål er om omsorg innenfor institusjoner alltid vil måtte innebære paternalistiske intervensjoner i den hensikt å kontrollere, disiplinere og beskytte de hjelpetrengende og svakeste i samfunnet ut fra omsorgsgivernes forestillinger om hva som er til det beste for dem (ibid). Denne påtvungne omsorgen har særlig blitt kritisert for overgrep. For alle tradisjoner synes det viktig at omsorg må utføres med de rette intensjoner og motiver. Det som skjelner god omsorg fra dårlig omsorg, er nært forbundet med kvaliteten av relasjonen mellom giver og mottaker. Kvaliteten lar seg måle gjennom giverens intensjoner, men kanskje viktigere er måten omsorgshandlingen utføres på. I gamle dager brukte man ofte begrepet kvalifisert av dyder. Dette vil si at omsorgsgiverens moralske egenskaper er avgjørende for hjelpens kvalitet (ibid).

Ruyter fremhever to viktige utfordringer omsorg i dag står overfor i en velferdsstat. Det ene er å gjenoppdage nødvendigheten av omsorg som dyd. Ikke bare som teoretisk fag, men som en holdning som viser seg i praksis. Det andre er å erkjenne at uansett hvor mye som planlegges, effektiviseres og organiseres, kommer man aldri bort fra omsorgens tvetydighet (ibid). Når det gjelder kritikken som har vært av kvaliteten på omsorgen tror Ruyter det dreier seg om den grunnleggende betydning av omsorg, nemlig at noen virkelig bryr seg om den andres beste. For at handlingen skal være preget av å være ekte, fordrer det at den som yter omsorg har egenskaper som preger samhandlingen med den som trenger hjelp. Det er ikke tilstrekkelig med faglig kunnskap og ferdigheter, som mange utdannes til å tro i dag. Med profesjonell distanse kan man sikkert gjøre en godkjent jobb, men i hans tankegang skaper ikke det nærhet og grunnlag for tillit og samspill i en prosess som skal føre til at den som mottar omsorg skal kunne frigjøres og realisere seg selv (ibid).

3.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på generell og profesjonell omsorg. Det tydeligste skillet mellom disse er at til den profesjonelle omsorgen knyttes det krav i forhold til utdanning, yrke og kompetanse. Det er knyttet en profesjonalitet til både sykepleieren og omsorgen som blir gitt.

Videre i kapitlet har jeg vist at det er en tvetydighet knyttet til omsorg og omsorgsrelasjoner. Blant annet vil det alltid være en asymmetri til stede i enhver situasjon mellom pasient og sykepleier. Denne asymmetrien åpner for muligheten til maktutøvelse hos sykepleieren. Som profesjonell kreves det at man bruker denne makten til det beste for pasienten. Hvis det ikke er tilfelle, vil man kunne snakke om maktmisbruk. Tillit kan bli gitt ovenfra og nedenfra, og den tilliten som pasienten gir sykepleier gis nedenfra. Dette er også med og åpner for maktutøvelse i en situasjon der pasienten er sårbar.

Flere begreper som har vært sentrale i dette kapitlet, er autonomi og objektivisering. Autonomi preges av uavhengighet, mens omsorg er nært knyttet til avhengighet. De er grunnleggende motstridende, men skal begge tas hensyn til i møtet mellom pasient og sykepleier. Det siste viktige begrepet er objektivisering. Skjerveheims positivismekritikk og utdypning av det instrumentelle mistaket, viser hva som kan føre til objektivisering. Han viser også til den treleddede relasjonen som en måte å unngå objektivisering av personer på. Da blir begge personene i relasjonen likestilt, og begge samtaler om det tredje, nemlig saken. Han viser også til at hvis den ene i stede angriper den andre, vil relasjonen bli brutt og man snakker om en toleddet relasjon, hvor den andre blir et objekt.

4.0 Evidensbasert sykepleie

Frem til nå har jeg sett på utviklingen av sykepleien fra kall til profesjon. Viktige elementer i den forbindelse har vært økt fokus på forskning og sykepleievitenskap. Vi har også sett at kallstanken har mistet noe av sin betydning, slik den hadde når sykepleierutdanningen ble grunnlagt. Videre i oppgaven har jeg sett på ulike sider ved omsorg, og hvilke tvetydigheter omsorgen fører med seg, spesielt innenfor utøvelsen av profesjonell omsorg. I den forbindelse har jeg blant annet gjort rede for begreper som makt, tillit, kunnskap og objektivisering. Nå vil jeg gå videre og presenterer et annet viktig materialet for min oppgave, nemlig de to hovedtradisjonene innenfor sykepleien.

I dette kapitlet redegjør jeg for den naturvitenskapelige retningen, representert ved den evidensbaserte sykepleien. Den evidensbaserte sykepleien har kommet på banen som en følge av sykepleiens profesjonsdannelse. Den har fått betydelig innflytelse på norsk sykepleie fra slutten av 1990-tallet og frem til i dag. Endringen i grunnlaget for hva sykepleie er, som ble fortatt i 2007, viser hvor stor betydning og innpass den evidensbaserte sykepleien har klart å vinne frem. At ordet kunnskapsbasert har kommet med i de yrkesetiske retningslinjene, styrker den evidensbaserte sykepleiens plass. For meg er det spesielt spennende å se på kunnskapssynet innenfor denne retningen, og hvilke konsekvenser det får for forståelsen av omsorg og makt. Hva som kjennetegner retningen, hvor den kommer fra og hvilke betydning den har fått i Norge er noe av det jeg vil komme inn på i dette kapitlet.

4.1 Hva er evidensbasert sykepleie?

Monica W. Nortvedt og Tove Amina Hansen (2001a) skriver i artikkelen *Evidensbasert sykepleie* om begrepet evidens og hva det betyr. "Evidence" kan oversettes som bevis, og dermed blir evidensbasert sykepleie til bevisbasert sykepleie, i en vitenskapelig forstand. Praksisen som blir gjennomført skal med andre ord kunne begrunnes med kunnskap som kan bevises. Evidens kommer fra det latinske ordet *evidentia*. I den norske bokmålsordboka er evidens beskrevet som en innlysende visshet, og hvis noe er evident beskrives det som innlysende eller åpenbart (Taule, 1999). Ser vi i en fremmedordbok blir evident beskrevet som noe innlysende, men også som bevismateriale og som resultat(er) som støtter en

antagelse (Berulfsen og Gundersen, 2003). Med andre ord er det noe som kan bevises med begrunnelse i et eller flere funn.

For å definere hva evidensbasert sykepleie er vil jeg se på to ulike definisjoner. Først tar jeg utgangspunkt i David L. Sacketts (1996) kjente definisjon av "evidence based medicine". Da ses begrepet medicine i en vid betydning slik at definisjonen også kan brukes om evidensbasert sykepleie. Sacketts definisjon er mye brukt og henvises til i flere fagbøker og artikler:

Evidence based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (Sackett, 1996).

Norsk Sykepleierforbund har gitt ut boken *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert, en arbeidsbok for sykepleiere*. Det er Monica W. Nortvedt, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart (2007) som er forfattere av boken. De skriver at evidensbasert sykepleie er synonymt med kunnskapsbasert sykepleie, og begrepene brukes ofte om hverandre. Slik er deres definisjon på evidensbasert eller kunnskapsbasert sykepleie:

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasienters ønsker og behov i den gitte situasjon (Nortvedt m.fl., 2007:15).

Hvis man ser på de to definisjonene er det klare likheter, men det finnes også forskjeller. Likheten er at begge definisjonene fremhever forskningens sentrale plass i avgjørelsene som skal tas. Imidlertid fremtrer den øverste sterkere, og bruker ordene den beste tilgjengelig kunnskapen. Den andre sier at de sykepleiefaglige avgjørelsene skal tas på grunnlag av systematisk innhentet kunnskap, og er noe mildere i utformingen. David L. Sacketts definisjon er mer rigid, og forskningen er grunnlaget for avgjørelsene. Den andre definisjonen åpner imidlertid for andre innvendinger, blandt annet pasientens ønsker. Likevel er det viktig at forskningen får en sentral plass, og at man hele tiden søker resultater fra forskning for å kunne begrunne handlingene sine. Monica W. Nortvedt, Gro Jamtvedt med flere sin definisjon er knyttet nærmere sykepleiepraksis, mens Sacketts definisjon er nærmere knyttet medisinen. Ekspertrollen som sykepleieren har, er tydeligere i hans definisjon.

4.1.1 Bakgrunn i medisin

Evidensbasert sykepleie er et fornorsket begrep som stammer fra det engelske uttrykket "evidence based nursing". Dette begrepet har sin opprinnelse fra "evidence based medicine", som først ble beskrevet på 1970-tallet av den britiske epidemiologen Archie Cochrane. Han syntes det var for mye uvitenhet blant legestanden, og rettet særlig oppmerksomheten mot hvor lite legene visste om effekten av helsetjenestetiltak. Dette førte videre til at den internasjonale organisasjonen "The Cochrane Collaboration" ble stiftet i 1993. Denne organisasjonen har som mål å gjøre de siste og oppdaterte resultater fra forskning mer tilgjengelig gjennom databasen "The Cochrane Library". Materialet som blir publisert er nøye og kritisk vurdert av anerkjente ledende forskere på de aktuelle områdene. Mer enn tolv tusen forskere og brukere i mer enn 90 land er med på dette internasjonale samarbeidet (Bjørndal mfl, 2007:48-49). Databasen er mest beregnet på leger siden den i hovedsak tar for seg ulike behandlingsalternativer legene står ovenfor i sin praksis. Men tanken bak prosjektet, nemlig det å gjøre forskningen mer tilgjengelig og anvendbar, er viktig i et samfunn hvor kravene til bruk av forskning i praksis har blitt større. Dette gjelder også for sykepleierprofesjonen, hvor man i den senere tid har fått et økt fokus på å gjøre resultater fra sykepleierforskning tilgjengelig. Det finnes blant annet et tidsskrift som heter *Evidence based nursing* som publiserer artikler med nye forskningsresultater innenfor sykepleie. I det norske tidsskriftet *Sykepleien* publiseres det også resultater fra sykepleieforskning, men i et mindre omfang.

Positivismen har hatt stor påvirkning på den medisinske forskningen. Det ser man blant annet i forhold til metodevalg, og hvordan den naturvitenskapelige metoden har blitt ansett som den beste. En slik positivistisk tilnærming til forskningen har man også sett innenfor sykepleien. Imidlertid møter det større utfordringer her enn innenfor medisinen.

4.1.2 Positivismens betydning i evidensbasert sykepleie

Den franske filosofen August Comte (1798-1857) er mannen som utviklet den første positivismen. Positivismen bygger på en forståelse av at det ikke finnes noe "bak" eller ved siden av det sansbare og empirisk gitte, "det du ser er det som er" (Aadland, 2004). Positivismen bygger på logisk fornuft og sanseerfaringer som grunnlaget for vitenskapen (ibid). En positivist vil hevde at det man kan stole på er kun det som man er gitt helt positivt. Det vil si det vi kan erfare gjennom vår sanser. Dermed blir nøkkelen til sann kunnskap det

man ser, hører, lukter, smaker og kjenner (ibid). Vitenskapsidealet som positivistene utarbeidet har først og fremst fått stor tilslutning innenfor naturvitenskapelig forskning. Det eneste overbevisende skal være entydige empiriske fakta og logisk korrekte resonnementer (ibid). Positivismen har hatt særlig stor innflytelse i USA, Skandinavia og England både før og etter andre verdenskrig. Troen på at det fantes absolutte og uforanderlige lover, også når det gjaldt sosiale fenomener, har senere fått stor betydning for utviklingen av kunnskap innenfor fag som sosiologi og psykologi, og har også influert utviklingen innen sykepleiefaget. Grunntanken var at det en ikke kan se, måle, veie, telle kunne ikke gjøres til gjenstand for vitenskapelig undersøkelse. Kun gjennom iakttagelse kunne det vinnes sikker kunnskap (Kristoffersen, 1996).

Positivismens ånd lever dermed i sitt beste velgående i metoderegler og systematiske framgangsmåter innenfor de fleste vitenskapsgrener. Einar Aadland (2004) sier at kvantitative metoder er som et ektefødt barn av positivismen. Helt fram til 1970 pågikk det en diskusjon i Europa om det var berettiget å overføre naturvitenskapens metodeideal til samfunnsvitenskapene. Noen mente det burde og kunne gjøres, mens andre mente det måtte benyttes andre metoder fordi mennesker og sosiale fenomener er av en fundamentalt annen karakter enn naturfenomenene. Hans Skjerveheim er som tidligere nevnt en av de som stilte seg sterkt kritisk til en slik overføring. Dette problemfeltet gjør seg fremdeles gjeldende, på den måten at det naturvitenskapelige forskningsidealet ofte blir oppfattet som mer vitenskapelig, og dermed noe man streber etter. Det ser vi også innefor sykepleien i dag, og kravene om evidens (Kristoffersen, 1996).

Innenfor en positivistisk preget naturvitenskap har det vært et viktig ideal ikke å knytte verdier til den vitenskapelige kunnskapsutviklingen. Sentrale vitenskapelige normer har vært kravene om objektivitet, nøytralitet, upartiskhet og verdifrihet i forskningen.

Sykepleievitenskapen og forskningen som har pågått i Norge fra 1970-tallet har fått stor innflytelse og inspirasjon fra USA, og den positivistiske sykepleievitenskapen har hatt størst oppslutning. En av grunnene til det var som tidligere nevnt, at de som utdannet seg i USA tok med seg inspirasjon tilbake til Norge. Den verdinøytrale posisjonen i naturvitenskapen skapte imidlertid spenningsforhold til de normative perspektivene som ble opplevd som essensen i sykepleierfaget (Kirkevold, 1996). Som et resultat av dette har den evidensbaserte sykepleien fått fokus i Norge i dag. Fremdeles er det de naturvitenskapelige idealene rundt forskningen som står høyt, og oppfyllelse av ulike grader av evidens.

4.1.3 Evidensbasert sykepleie i Norge

I forbindelse med at sykepleien utviklet seg til å bli en egen profesjon, ble det stilt strengere krav til at utdanningen skulle inneholde fag om vitenskapsteori og forskning. Helga Dagsland som var en pådriver for sykepleieforskningen i Norge, så på dette som et viktig punkt i forhold til profesjonskampen. At sykepleien selv foretok egen forskning ville være med å styrke sykepleie som en profesjon og sykepleievitenskapen som en egen disiplin. Tradisjonelt lå sykepleien delvis under legeprofesjonen. Da sykepleien i 1979 fikk sitt første master- og doktorgradsprogram ved Universitetet i Bergen, kan man se på som tidspunkt da sykepleien ble formelt godkjent som egen disiplin (Kirkevold, 1996). En sykepleiedisiplin vil si at det er et systematisk, logisk oppbygd kunnskapssystem og et særegent kunnskapsområde som er klart avskilt fra andre vitenskapelige disipliner (ibid). Med andre ord kreves det av sykepleien som disiplin at det er noe som er spesielt med den, som skiller seg ut og er noe eget i forhold til andre vitenskapelige disipliner. Kirkevold hevder at sykepleievitenskapen omfatter tre ulike områder. For det første brukes det delvis om den vitenskapelige prosessen som går ut på å utvikle vitenskapelig kunnskap, som er synonymt med sykepleieforskning. For det andre brukes det delvis om produktet av forskningen, som er synonymt med forskningsresultater, vitenskapelig kunnskap og teori. For det tredje brukes det delvis om normative antagelser om vitenskapens iboende og primære verdi, det vil si vitenskap som ideologi (ibid).

I min oppgave bruker jeg sykepleievitenskapsbegrepet som et samlet begrep med alle de tre ulike delene. I løpet av utviklingen som har skjedd har forskning fått et stort fokus, og man har arbeidet med å utvikle gode forskningsprosjekter. Det har imidlertid vist seg at det ikke nødvendigvis er like enkelt å overføre forskningsresultatene til praksis. Det har vært mye snakk om gapet mellom teori og praksis, og det er nettopp dette gapet man ønsker å redusere ved innføring av evidensbasert sykepleie. Fokuset er da å tilegne seg ny forskningsbasert kunnskap og overføre den til praksis.

Sykepleievitenskapens kunnskapsdomene blir ofte delt i to, hvor de tradisjonelle sykepleieteoriene står på den ene siden og forskningen står på den andre siden. De tradisjonelle sykepleieteoriene var preget av sykepleien som et håndverksfag, hvor blant annet erfaring var en viktig kunnskapskilde. Mye av forklaringen på todelingen ligger i troen på den naturvitenskapelig forskningen, som er sterkt påvirket av positivismen. Positivismen satte svært strenge krav til hva som kunne regnes som akseptable teorier i forskningssammenheng.

Teorier var betegnelsen på abstrakte teoretiske strukturer som bestod av klart definerte begreper med spesifiserte innbyrdes relasjoner. Disse kunne operasjonaliseres og studeres empirisk ved hjelp av objektive, kvantitative metoder. De tradisjonelle sykepleieteoriene falt utenfor disse kriteriene og ble dermed forkastet i empiriske studier (Kirkevold, 1996).

Et slikt skille gjør seg fremdeles delvis gjeldene. Utgangspunktet for dette kan være at det i lang tid har vært debatt på området om hvilken kunnskap som er mest verdt. Eller for å sette det inn i en vitenskapelig kontekst, hvilken kunnskap som skårer høyest i forhold til evidens på en evidensskala. Evidensskalaen viser hvor sikker kunnskapen som kommer gjennom forskning er, og gjennom hvilke metoder kunnskapen har fremkommet. Sammenligner man evidensbasert sykepleie og evidensbasert medisin vil en viktig forskjell være at man finner en rekke resultater på de høyeste evidensmålinger innefor evidensbasert medisin. Innenfor evidensbasert sykepleie derimot har man i mindre grad en basis hvor det er høyeste evidens som er rådende innenfor den vitenskapelige kunnskapen (Nortvedt og Hansen, 2001b). Det betyr imidlertid ikke at denne kunnskapen er dårlig eller mindre gyldig. Dette henviser til dem minst rigide av de to definisjonene av evidensbasert sykepleie, hvor de lempet litt på hvilke kriterier som må oppfylles for å være god kunnskap.

En viktig person i arbeidet for evidensbasert sykepleie i Norge i dag er Monica Wammen Nortvedt. Hun er professor i kunnskapsbasert praksis, og arbeider ved *Senter for kunnskapsbasert praksis* ved høyskolen i Bergen. Hun arbeider for at sykepleien skal bli kunnskapsbasert. En annen viktig og sentral person er Marit Kirkevold. Hun arbeider ved Universitetet i Oslo, ved institutt for sykepleievitenskap. Hun er også opptatt av å gjøre sykepleievitenskapen mer tilgjengelig for praksis. I boken *Vitenskap for praksis* prøver hun å tydeliggjøre hva sykepleievitenskap kan bidra med i sykepleien, og hvilken verdi den har for sykepleie som praksisfag. Kirkevold viser også hvordan ulike metoder er viktig for å få en total vitenskapsforståelse, og hun ser det negative ved at den naturvitenskapelige metode ensidig har blitt fremhevet.

4.2 Kunnskapssynet

Kunnskap er et stort og omfattende begrep. I dette kapitlet vil jeg vise hvilken kunnskap som er sentral og blir sett på som den mest verdifulle innenfor den evidensbaserte retningen. Kunnskap som bygger på forskning, og spesielt naturvitenskapelig forskning står sterkt i denne tradisjonen. En markert person innenfor evidensbasert sykepleie er som nevnt Monica W. Nortvedt. Derfor lar jeg henne få en egen plass i dette kapitlet.

4.2.1 Monica W. Nortvedts syn på evidensbasert sykepleie

Karl-Henrik Nygaard (2003) har gjort et intervju med Monica W. Nortvedt om evidensbasert sykepleie. ”Det som menes med evidensbasert sykepleie er at vår praksis skal kunne begrunnes med kunnskap”, sier hun (Nygaard, 2003:23). Begrepet har vært forankret i den biomedisinske forskningstradisjonen, men innen helsefaget er det viktig med en videre forståelse av begrepet, fortsetter Nortvedt. Hun sier også at det er viktig med en dialog med praksisfeltet i forhold til forståelse og anvendelse av kunnskapen (ibid). I intervjuet gir ikke Nortvedt noen klar definisjon av kunnskapsbegrepet. Men i artikkelen *Evidensbasert sykepleie* sammen med Tove Aminda Hansen skriver de imidlertid om kunnskap. Der fremheves det at kunnskap fremkommet gjennom forskning er den beste tilgjengelige kunnskapen. De skriver også at det ikke er det eneste som skal vurderes, og påpeker en utfordring ved evidensbasert sykepleie:

Kliniske beslutninger skal ikke bare tas på grunnlag av kunnskap og evidens. Faktorer som pasientens preferanse, klinisk erfaring og tilgjengelige ressurser vil også påvirke de beslutninger som tas (Nortvedt og Hansen, 2001a:60).

Utfordringen blir å anvende evidensbasert kunnskap i stede for vaner og ubegrunnede erfaringer (Nortvedt og Hansen, 2001a:60).

Ut fra dette er det kunnskaper som resultat av forskning som er det som betegnes som kunnskaper. De andre faktorene skal bare vurderes når man vil anvende kunnskapen i praksis. Med andre ord: kunnskap og forskningsresultater ligger nært hverandre. At man skal unngå vaner og ubegrunnede erfaringer viser tydelig at det er forskningskunnskapen som blir sett på som den viktigste. Å arbeide for å fremme bruken av nye forskningsresultater i pasientbehandling er også i tråd med helsemyndighetenes målsetning, sier Nortvedt (Nygaard,

2003:25). Det ser vi i St. meld. 39 (1998-1999), *Forskning ved et tidskille*. Der vises det hvor stor betydning forskningen har og vil få i fremtiden. Et utdrag fra Stortingsmeldingen punkt 4.4.3:

Et solid forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, basert på både medisinsk og samfunnsvitenskapelig forskning, vil i fremtiden i enda sterkere grad enn i dag være av avgjørende betydning for de valgene som beslutningstakere og myndigheter må ta med sikte på å forebygge sykdom og helseproblemer, og å realisere gode og likeverdige helsetjenester for alle inn i neste århundre (St. meld. 1998-1999).

Her ser vi at myndighetenes beslutninger vil bli tatt med vurderinger fra hvilke resultater som har kommet frem gjennom forskning. Da vil det være nærliggende at sykepleiere også trenger å holde seg oppdatert. I artikkelen *Evidensbasert sykepleie* fremhever Nortvedt og Hansen (2001a) at sammen med føringer fra myndighetene om å bruke forskningskunnskap i praksis, vil også møtet med den informerte pasient stille sterkere krav til sykepleierne med å holde seg oppdatert på den beste tilgjengelige kunnskapen. I artikkelen *Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie* utdypes kjernen i evidensbasert sykepleie slik:

Kjernen i evidensbasert sykepleie er at vi som sykepleiere må holde oss faglig oppdaterte og tilby pasientene den beste pleie og behandling basert på den nyeste og beste kunnskapen (Nortvedt og Hansen, 2001c:42).

Dette viser hvordan sykepleieren kan innta en ekspertrolle i forhold til pasienten. Sykepleieren er hele tiden oppdatert på den nyeste og beste, og vil i en slik posisjon fremstå som ekspert. Dette fremhever Monica W. Nortvedt i intervjuet også. Siden faget er dynamisk, i stadig forandring, kreves en kontinuerlig kunnskapsfornyelse. Det som er nytt er at den beste kunnskapen er den som skal tas hensyn til. Den beste kunnskapen har fremkommet gjennom forskning (Nygaard, 2003). Som sykepleiere må man selv ta ansvar for å få den kompetansen som skal til for å finne den beste tilgjengelige kunnskapen, og på den måten gi en optimal behandling til pasienten. Nortvedt mener at ved å sette søkelyset på evidensbasert sykepleie vil en kunne redusere det gapet man har sett mellom forskning og praksis, kunne argumentere bedre for sykepleie tiltak i tverrfaglig samarbeid og kunne synliggjøre hvordan nettopp sykepleie kan gjøre en forskjell hos pasientene (ibid).

4.2.2 Den beste tilgjengelige kunnskapen

En nøkkelsetning når man snakker om evidensbasert sykepleie er ”den beste tilgjengelige kunnskapen”. Sykepleiepraksis skal baseres på den best tilgjengelige kunnskapens som finnes på det aktuelle området til enhver tid. Det skal være med å gi pasientene best mulig behandling. For at dette skal være gjennomførbart kreves det at sykepleierne jevnlig oppdater seg på ny forskning. Handlingene sykepleieren utfører skal altså kunne begrunnes med kunnskap som har kommet frem og blitt synlig gjennom forskning. I begrepet profesjonell yrkesutøvelse ligger det en garanti om at handlingene som utføres ikke bare er en tilfeldighet som er basert på vane og vilkårlighet. Handlingene skal i stede være et resultat av bevisste valg og begrunnede handlinger (Nortvedt m.fl., 2004).

Kunnskapen skal være konkret og bør kunne etterprøves etter visse kriterier, nemlig naturvitenskapelige kriterier. Med andre ord spiller det en stor rolle hvordan denne kunnskapen har fremkommet, og hvilke kriterier som er satt og som må oppfylles. Tradisjonelt har naturvitenskapelig kunnskap hatt høy status. Dette gjelder også i dag fordi naturvitenskapelig kunnskap i stor grad gir grunnlag til utvikling av ny teknologi, og betraktes som avgjørende for å øke verdiskapningen i samfunnet. Det er også viktig for å sikre nasjonenes økonomiske utvikling i forhold til andre land (Kristoffersen, 1996).

Synet på kunnskap har endret seg innefor sykepleien i fra 1950- årene og fram til i dag. Tidligere hadde den tradisjonelle håndverkskunnskapen en sentral betydning i sykepleien, mens teoretiske kunnskaper har fått større plass den senere tid. Den teoretiske kunnskapen og teoriutviklingen har blitt vurdert som viktigere enn utviklingen av kompetanse i sykepleiepraksis. Det teoretisk funderte kunnskapssynet har en klar sammenheng med profesjonaliseringen og vitenskapeliggjøringen av sykepleiefaget. Den teoretiske kunnskapen i utdanningen har blitt sett på som objektiv, sann og ferdigutviklet. Dermed har det blitt formidlet et naturvitenskapelig kunnskapssyn med et tilsynelatende entydig forhold mellom teoretisk kunnskaper og virkelighet. Teoretisk kunnskap er kunnskap om det generelle og allmenne, ikke det særegne og unike. Teoretiske kunnskaper uttrykkes ved hjelp av begreper, og blir dermed den teoretiske kunnskapens byggeklosser (Kristoffersen, 1996).

4.2.3 Evidensbasert praksis

Å arbeide evidensbasert eller kunnskapsbasert innebærer at sykepleieren hele tiden bevisst må bruke forskningsbasert kunnskap i praksis (Nortvedt m.fl., 2007). For at en slik praksis skal være mulig er det viktig at forskningen er tilpasset sykepleiepraksis, og at det kan være mulig i identifisere seg med resultatene, slik at man ser hensikten av å bringe dem inn i sykepleiepraksisen.

Hva ligger det så i det å arbeide evidensbasert? Som tidligere nevnt har dette sammenheng med at forskning skal få en sentral plass i sykepleiepraksisen. Med andre ord skal sykepleievitenskapen ikke bare være et eget teoretisk fag, men også komme tydelig fram i praksis. På denne måten blir faget med i arbeidet med å minske gapet mellom teori og praksis. Marit Kirkevold (1996) påpeker at det er viktig at man ikke forenkler forklaringer på hvorfor det er et gap mellom teori og praksis. Hun mener en viktig måte sykepleievitenskapen kan være med å bidra til å minske dette gapet, er hvis man kan klare å avdekke den implisitte kunnskapen kliniske eksperter sitter på, altså erfarne sykepleiere. Det er snakk om en taus kunnskap som de har opparbeidet seg gjennom erfaring. En praksisnær sykepleieforskning kan ha betydning for å kunne avdekke begrunnelser for eksisterende praksis, gi grunnlag for refleksjon og være utgangspunkt for forandring. Pasientenes egne erfaringer vil også bli synliggjort på denne måten (ibid). Diskusjoner har imidlertid pågått i forhold til hvilke metoder man velger innenfor forskning, og om erfaringsbasert kunnskap er like mye ”verdt” som naturvitenskapelig kunnskap.

I artikkelen *Metodisk mangfold* skriver Monica W. Nortvedt sammen med Tove Aminda Hansen og Hildegunn Lygren (2004) om ulike metoder som brukes innefor forskning. Her argumenteres det for at det ikke er forskjell i viktigheten mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Begge er nødvendig. Det er kjernes spørsmålet som stilles som er det viktige, og det er ut ifra det man må velge en metode. I artikkelen står det også at kritikerne av evidensbasert sykepleie hevder at denne forskningstradisjonen nedvurderer erfaringsbasert kunnskap. Nortvedt mfl. sier at det er akkurat mot denne erfaringsbaserte kunnskapen forskningen skal speiles og at man først arbeider kunnskapsbasert når man er i stand til å se egen erfaring opp mot ny kunnskap. For å illustrere dette brukes det et eksempel. Hvis en erfaren bilsjåfør kommer til England og kjører slik han er vant til i Norge vil det få katastrofale følger selv om han er en flink og dyktig sjåfør. I et slikt eksempel er det viktig å tilpasse erfaringskunnskapen

til en ny situasjon. Dette betyr imidlertid ikke at denne kunnskapen er mindre verdt (Nortvedt m.fl., 2004).

4.3 Evidensbasert omsorg

Omsorgsbegrepet og sykepleie knyttes sammen uansett hvilken tradisjon man ser det i lys av. I det følgende skal vi se nærmere på begrepet i en evidensbasert kontekst. Kunnskapsbegrepet er mer sentralt enn omsorgsbegrepet innenfor den evidensbaserte retningen. Omsorgsbegrepet blir ikke aktivt brukt, men passivt gjennom kunnskapsbegrepet.

Evidensbegrepet kan ses på i en smal eller vid forstand (jfr. definisjon kap. 4.1). Ser man på det i en smal forstand kan det være vanskeligere å kombinere det med omsorgsbegrepet. Evidensbasert sykepleie handler om integrering av teori og praksis på en måte hvor vi gjør det vi vet, og ikke noe annet. Hvis man reduserer begrepet evidens til bare å omhandle det som kan bevises, vil det være risiko for at man glemmer det som er omsorgens og pleiens innhold og substans. Omsorgen kan da bli teknisk (Wiklund, 2005). Har man dette som utgangspunkt vil kriteriene for god omsorg snevres inn. For å kunne gi pasienten god omsorg, må sykepleieren inneha den konkrete kunnskapen som kan bevises gjennom forskning. Monica W. Nortvedt definisjon åpner imidlertid for også at andre faktorer skal vektlegges, men hovedvekten ligger på faglig oppdatering av den beste tilgjengelige kunnskapen. Grunnlaget for omsorg forankres da i kunnskapsforståelsen.

Ullevål universitetssykehus har utarbeidet retningslinjer for systematisk arbeid med evidensbasert sykepleie – Ullevålmodellen. Her tydeliggjøres grunnlaget for omsorg, med utgangspunkt i den beste kunnskapen. Formålet utformes slik:

Formålet med retningslinjen er å sikre at prosedyrer / retningslinjer er evidensbaserte. Dette sikrer faglig høyt nivå slik at pasientene får omsorg på grunnlag av den beste tilgjengelige kunnskapen (Ullevål universitetssykehus, 2009).

God omsorg for pasienten krever at man kan begrunne handlingene sine med kunnskaper som har blitt tilgjengelige gjennom forskning. Omsorgsbegrepet får da en annen forankring enn i den livsfilosofiske sykepleien som vises i neste kapittel.

4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg redegjort for evidensbasert sykepleie. Begrepet er en fornorsket utgave fra det engelske uttrykket "evidence based nursing". Den evidensbaserte sykepleien har sitt utspring fra den medisinske tradisjonen. Naturvitenskap og en positivistisk preget forskningstradisjon preger dermed også den evidensbaserte sykepleien. Definisjonen er imidlertid noe mildere enn innen medisinen. Gjennom profesjonsdannelsen av sykepleiefaget, og økt fokusering på forskning og sykepleievitenskap, har den evidensbaserte retningen utviklet seg raskt fra 1990-tallet.

Forskningsresultater, evidens og beste tilgjengelige kunnskap er nøkkelord. Sykepleieren skal hele tiden være oppdatert på den på de nyeste kunnskapene, slik at pasienten kan motta den beste behandlingen. Dermed vil sykepleieren innta en ekspertrolle på grunnlag av de oppdaterte fagkunnskapene hun besitter. Dette er forankringen til den evidensbaserte sykepleien. Likevel er det ikke bare denne kunnskapen som skal benyttes i pasientbehandling. Monica W. Nortvedt legger også til at pasienten ønsker og behov i situasjonen skal vurderes, men da på grunnlag av den beste tilgjengelige kunnskapen.

God sykepleie og omsorg vil også være forankret i et slikt kunnskapssyn. Imidlertid er det blitt reist en del kritiske spørsmål mot den evidensbaserte sykepleien. I neste kapittel skal jeg gjøre rede for den livsfilosofiske tilnærmingen til sykepleien, hvor grunnlaget rundt sykepleietenkingen er noe annerledes.

5.0 Kari Martinsens livsfilosofiske sykepleie

Kari Martinsen er den sykepleieteoretikeren i Norge som har tydeligst meislet ut et helhetlig syn innen den livsfilosofiske sykepleietenkningen. Idet følgende bygger jeg derfor primært på hennes ide, og hennes tenkning.

Hun har markert seg som en tydelig og skarp kritiker av den evidensbaserte sykepleietradisjonen. Hun har i artikkelen *Uro kring evidens* (2004) sammen med Jeanne Boge reist spørsmål rundt kunnskapshierarkiet de mener er rådende innenfor evidensbasert sykepleie. For det første peker de på vanskelighetene det er å sette resultatene fra en humanistisk undersøkelse inn i en database. For at det skal være mulig å få en sammenheng med den konkrete hverdagen kreves det mer plass enn bare et lite sammendrag i en database. Videre peker de på ulike grader av evidens. Kunnskap av høy evidens er ikke nødvendigvis det grunnleggende for god kunnskap. Boge og Martinsen mener at vel så viktig er sykepleierens refleksjon etter en handling. Det er med å gi ny innsikt, og både sykepleiehåndverket og skjønnet blir videreutviklet. Denne kunnskapen er også verdifull selv om den får bortimot null målt i evidens. De mener også at den evidensbaserte tilnærmingen egner seg dårlig for kompliserte pasienttilfeller. For slike pasienter finnes det ikke standardisert medisinsk behandling. Det kan føre til at de lett kan falle utenfor. I denne forbindelse peker Martinsen og Boge på at relasjonen mellom sykepleier og pasient kan være like viktig som den rent instrumentelle behandlingen som blir gjennomført. Til slutt i artikkelen henviser de til psykolog Birte F. Johannessen som sier det er en sammenheng mellom evidensbasert sykepleie og den økende bedriftsøkonomiske tenkningen innenfor offentlig sektor. I et slikt bedriftsøkonomisk, evidensbasert og standardisert helsevesen ser man på pleie og omsorg som varer som kan prises og forhåndsdefineres i instruksjer og brukerkontrakter (Boge og Martinsen, 2004).

Kunnskapssynet og omsorgstenkningen i den livsfilosofiske retningen har et annet grunnlag enn den evidensbaserte som har et positivistisk og naturvitenskapelig fundament. Den livsfilosofiske sykepleieteorien er tuftet på fenomenologien. Dette vil jeg nå gjøre rede for.

5.1 Fenomenologi og kunnskap

Filosofen Edmund Husserl (1859-1938) regnes for å være grunnleggeren av fenomenologien. Han betegner fenomenologien som en rent beskrivende ”vesensvitenskap”, i motsetning til de årsaksforklarende ”faktavitenskapene”, som for eksempel naturvitenskapen. Gjennom en fenomenologisk tilnæringsmåte er man opptatt av å finne kunnskap om mennesket og menneskets fenomener ved å utforske fenomenet selv. En fenomenologisk beskrivelse er en individuell, særskilt og situasjonsbetinget beskrivelse (Kristoffersen, 1996).

5.1.1 Husserl og livsverden

Begrepet livsverden knyttes til Edmund Husserl, og er et begrep Kari Martinsen har hentet fra han. Livsverden er noe annet enn den fysiske verden. Alle mennesker er historiske og inngår i sosiale sammenhenger. Dette er noe vi tar for gitt, og det er det som kalles livsverden. Her er vi relasjonelle og er med på å skape vår historie mens vi lever i historien. Fenomenologien har som et grunnleggende moment at det er i relasjonen med andre vi blir klar over vår egen individualitet, og det er i slike forhold vi blir personer. Når en person erkjenner *seg selv* oppstår det samtidig en erkjennelse av *vi* og *den andre*. Man deler noe som er likt og ulikt, og likheten oss i mellom gjør at vi kan forstå hverandre og oss selv (Martinsen, 1975). Når menneskene konstruerer sin egen virkelighet, sin egen livsverden, flyttes oppmerksomheten fra de ytre objekter til menneskets egen erfaring og forståelse når en benytter en fenomenologisk tilnærming. Det er viktig å forstå menneskets verden slik den opplevelsesmessig trer frem (Kristoffersen, 1996).

5.1.2 Menneskesyn og Løgstrups fenomenologi

Kari Martinsen henter mye inspirasjon fra den danske filosofen og teologen Knut E. Løgstrup (1905-1981). Han er en viktig inspirasjonskilde i hennes arbeider, og hun benytter seg av flere av Løgstrup sine kjente og sentrale begreper.

Kari Martinsen henter blant annet sin forståelse av at livet er skapt, hos Løgstrup. En slik skapelsestanke tar utgangspunkt i at livet er skapt, og på den måten skjenket oss. På grunn av vår tilværelse som mennesker har vi dermed også samme verdi og verdighet (Martinsen,

2003b). Martinsens forståelse av Løgstrup viser hvordan en slik skapelsestanke kommer til uttrykk i livet gjennom tre ytringsformer. Den *første* ytringsformen er at livet er skapt. Livet er ikke noe vi bestemmer selv, men noe vi mottar som en gave. Dermed blir også livet med andre mennesker en gave. I denne skapelsestanken ligger det en fundamental avhengighet mellom mennesker. Løgstrup selv kaller denne gjensidige avhengigheten for ”interdependens”. Videre skriver Martinsen med Løgstrup at i enhver relasjon med et annet menneske holder vi noe av det andre mennesket i vår hånd (ibid). Den *andre* ytringsformen er at livet er en bestemt måte å leve på. Her er det snakk om en bestemthet som viser oss hvordan man skal leve livet. Denne bestemtheten går ut på at man ikke skal ta herredømme eller herske over den andre. Denne bestemtheten sammen med avhengigheten er viktige i relasjoner med andre mennesker. Ut i fra skapelsestankens livsforståelse er livet skapt grunnleggende godt, og mennesket er skapt mottakende. Dermed vil man i samvær med andre mennesker gå inn i relasjonen uten baktanker, og med en åpen og mottagelig holdning. Handlingene man gjør er ikke for å oppnå egen gevinst, og har heller ikke et mål utenfor seg selv (ibid). Den *tredje* ytringsformen er livsytringene. Martinsen deler Løgstrup sin mening om hva som kan betegnes som livsytringer. Tjeneste, barmhjertighet, å gi og å tilgi, medfølelse, tillit, åpen tale og håp er alle slike livsytringer. Disse fenomenene er grunnleggende for alt menneskelig samvær, og man kan ikke være dem foruten. Kjentegnet på slike livsytringer er at de ikke er noe vi kan prestere på grunn av vår karakter eller vårt vesen. Livsytringene er gitt oss og skjenket oss gjennom livet. De kommer når vi ikke venter det, og kalles derfor spontane. Samtidig er de suverene fordi de ikke kan underlegges andre formål enn seg selv. De er ikke noe man gjør i kraft av en innsats. Man må stille seg åpen og motta livsytringene. Til slutt er de definitive fordi de er hele avsluttende måter å være på, de kan ikke endres (ibid).

Skapelsestanken i Kari Martinsens livsfilosofiske tenkning innebærer et menneskesyn hvor nettopp det at man er gjensidig avhengig av hverandre som mennesker er grunnlaget. Et slikt menneskesyn er kollektivistisk i motsetning til et individualistisk, hvor det er individet som står i sentrum. Med et kollektivistisk menneskesyn er det avhengigheten av hverandre som er det bærende, og det er den relasjonelle personen som står i sentrum. Man inngår i en historisk kontekst hvor man forholder seg til relasjoner som igjen forholder seg til nye relasjoner. Disse relasjonene, språket, kulturen, historien og andre er med å sette grenser og åpne muligheter for oss. Dette viser noe av den livsverden vi lever i og er en del av. Viktige prinsipper innenfor et kollektivistisk menneskesyn er solidaritet og prinsippet om ansvaret for den

svakeste. Det er gjennom avhengigheten at vi oppnår frihet og selvstendighet, fordi avhengigheten er en grunnleggende struktur ved mennesket. Ved et individualistisk menneskesyn er det den enkeltes ansvar, frie vilje og selvrealisering av individet som vektlegges. Individene er frittstående, er atskilt fra hverandre og har private verdier, som for eksempel frihet og uavhengighet (Alvsvåg og Gjengedal, 2000).

For å få bedre innsikt i Martinsens menneskesyn vil jeg se nærmere på begrepene person, menneske, kropp og legeme. Det vil klargjøre hennes oppfattelse av det å være menneske. Blant annet skiller hun mellom begrepene person og menneske. En person kjennetegnes av at det tilhører et fellesskap i et sosialt miljø. Hvis personen løsriver fra dette miljøet vil personen kunne betegnes som menneske i stede for en person. Menneske er en kategori som finnes, men som mangler sammenhenger og historie slik som personer har (Martinsen, 1975). Dermed kan vi si at som mennesker er vi hvem som helst, men som personer er vi unike. Martinsen (2003) har i sine senere arbeider endret dette til, som individer og mennesker er vi utbyttbare, men som personer er vi uerstattelige.

Martinsen skiller også mellom begrepene legeme og kropp. Kroppen er et subjekt som forholder seg til andre og omgivelsene, mens et legeme er isolert fra sine sammenhenger. Legemet er skilt fra ånden og blir på den måten et objekt uten bevissthet og sansing (Alvsvåg og Gjengedal, 2000:22). På denne måten kan man tenke seg at person og kropp hører sammen, og at menneske og legeme hører sammen. Denne forståelsen av begrepene blir knyttet til hvordan begrepene blir sett på i forhold til andre og sine omgivelser. Både person og kropp inngår i en sosial sammenheng og forholder seg til andre, mens både menneske og legeme er isolert og sier ikke noe om en konkret person. Kroppen blir av Martinsen sett på som en enhet av sjel og legeme, eller ånd og legeme. Hun skriver:

Det er som *hele* mennesker vi er kroppslige. Mennesket er ikke oppdelt. Kroppen er ikke isolert i forhold til det åndelige... Mennesket er skapt for å inngå i relasjoner til hverandre (Martinsen, 2003c: 26-27).

Kari Martinsen henter også mer inspirasjon fra Løgstrup. Han vektlegger sansingen og fortellingens betydning i relasjonen med andre. Martinsen knytter det til sykepleiefaget, ved at sansingen og fortellingen blir viktige kunnskapskilder. Fortellingen er viktig både som muntlig og skriftlig virkemiddel. Hun viser hvordan og hvorfor dette er sentralt og viktig i

dagens sykepleiepraksis i samhandlingen med pasientene. Erfaringene man opparbeider seg gjennom relasjonen med pasienten er viktig i hennes forståelse av sykepleiefaget.

5.1.3 Et fenomenologisk kunnskapssyn hos Kari Martinsen

Fenomenologien som utgangspunkt for tilegnelsen av kunnskap utspiller seg på en annen måte enn naturvitenskapen. Fenomenologien har generelt de sanselige erfaringene som sitt utgangspunkt, og ikke systemer og prinsipper. Det er saken selv som er det konkrete som skal undersøkes. Dette konkrete kan man avdekke ved å se saken fra ulike synsvinkler hvor fenomenene glir over i hverandre eller er flettet sammen. Tilgangen til saken har man gjennom sin sanselige erfaring, i motsetning til faste kategorier, fordommer, ferdige teorier og lignende. Fenomenologiens budskap er å få troen tilbake på det vi ser og opplever (Martinsen, 2003b). Kroppen bruker vi for å oppleve verden og andre, og det er gjennom kroppen vi tenker, sanser og forstår. Kroppens refleksjon gjør det mulig og fatte den andre. Innenfor omsorgsykker hvor man arbeider med andre mennesker er refleksjon, medfølelse og det sanselige spesielt sentralt. Da er man kropp som forholder seg til andre kropp (Alvsvåg og Gjengedal, 2000).

Innenfor fenomenologien og en livsfilosofisk tenkemåte er fortellingen en sentral arbeidsmåte for å innhente kunnskap. Sykepleieren kan bruke fortellingen til å reflektere rundt og videreformidle erfaringer hun har hatt i møte med pasientene. Fortellingen viser det uavklarte og mangfoldige ved livet, uten forsøk på løsninger. Fortellingen som arbeidsmåte kan være med å vise noe av den eksistensielle virkeligheten vi er en del av (Martinsen, 2005:72). Martinsen tar utgangspunkt i den franske filosofen Paul Ricoeur når hun knytter fortellingen til begrepet tid. Enhver fortelling har i seg en fortalt tid, der det alltid vil være ”før og etter”. Det er opplevelser og erfaringer i menneskers handlingsliv som formidles. En fortelling setter en rekke av begivenheter inn i et avsluttende hendelsesforløp. Hver enkelt hendelse får betydning ut fra helheten, og fortellingen har en begynnelse og slutt. Kravet til en god fortelling er at det er en sammenheng, og at den bærer i seg et innhold som kan fortelles videre (ibid).

Løgstrup snakker om det innfallsrike språk, og det knytter Martinsen til fortellingen. Hun siterer Løgstrup med ” den opplysende tanke kommer som et innfall” (Martinsen, 2005).

Innfallets språk er langsomt og undrende, og det er åpent for å ha noe på fornemmelsen. Når man har noe på fornemmelsen begynner bevegelsen i sinnet, og i denne bevegelsen ligger det å bli klar over noe, og vinne innsikt. Denne bevegelsen blir satt i gang av at noe gjør inntrykk på oss. Inntrykket beveger oss kroppslig (ibid). Fortellingen henter sitt emne og materialet fra det konkrete, handlende liv, der vi alltid forholder oss til tiden, til fortid, nåtid og fremtid. Martinsen støtter seg på den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) når hun sier at inntrykket bærer på ufortalte historier. Det som har gjort inntrykk på oss trenger å bli fortalt (ibid). Med utgangspunkt i livet med dets håp og lidelser er det noe fortelleren vil med sin fortelling, nemlig det den handler om og som har gjort inntrykket. Fortelleren kaster nytt lys over det som har hendt gjennom fortellingen. På denne måten gis det mulighet for distanse og refleksjon. Fortellingen blir noe nytt hver gang den fortelles. Det blir en kjede med erfaringer som fortellingen fører videre og utvider hver gang en ny person med sin livsforståelse går i gang med den, enten man leser eller lytter til fortellingen (ibid:79). Inntrykket, som er stemt og kroppslig bevegende, kan - når det skal uttrykkes i språket – ikke unngå at tenkningen påvirker følelsene og omvendt. Fortellingens oppgave er nettopp å få tydelig frem det som har gjort inntrykk på oss (ibid). Dens budskap er nettopp at nye lesere eller tilhørere skal tilegne seg den, og omsette de tankebaner eller budskap som uttrykkes inn i nye situasjoner inn i det mangfoldige levende livet som på mange måter gjør inntrykk på oss. Nettopp inntrykket gir føringer inn i det sansende, bevegende liv. Det er med utgangspunkt i det levende livet vi kan skape bevegelse i fortellingen så de stadig kan si oss noe, og opplyse oss om livsfenomenene (ibid).

Fortellingen er undringens og ettertenksomhetens vei der en kan komme på sporet av fellesmenneskelige, grunnleggende erfaringer, og forstå noe av det evidente ved den verden en bebor. Den kan fremstå som et bindeledd mellom fortelleren og den som leser eller hører på. Fortellingen er uttrykk for ettertenksomme veier der ens selvforståelse og tilværelse problematiseres, samtidig som en også forholder seg spontant og umiddelbart til livet (Martinsen, 2005). Fortellingen meddeler seg selv og gir leseren eller tilhøreren mulighet til å sette seg inn i dens tankebaner for å ta stilling til den. Den viser til et eksistensielt prosjekt, og man går forandret ut av fortellingens rom (ibid).

Martinsen skriver også om språket, og hvordan språket er med å vekke følelser. Følelsene som skapes, vil også gi oss adgang til situasjonen på en annen måte. Det er akkurat disse følelsene som blir vekket som er utgangspunktet og grunnlaget for fenomenologien.

Overbevisningskraften til fenomenologien er å vise det vi kjenner oss igjen i, og for å få til det trengs det en fortolkningsinnsats. Det er en måte for å få en annen eller ny forståelse av noe. En slik fortolkningsinnsats vil i sykepleiefaglig sammenheng si at man må ”snu seg rundt” i situasjonen å se det fra ulike vinklinger. Dermed vil man flytte seg forståelsesmessig. En måte å gjøre dette på er gjennom fortellingen. Ved å kjenne oss igjen i det vi kjente fra før, vil vi forstå annerledes og forståelsen vår endres. På den måten vil vi forstå noe nytt og på en ny måte som vi kan videreføre gjennom fortellingen (Martinsen, 2003b).

I tillegg til fortellingen er sansingen sentral for å innhente ny kunnskap. Martinsen henter igjen mye av sin forståelse av sansing hos Løgstrup. Sansing og forståelse er vevd sammen, de er forskjellig, men lar seg samtidig ikke skille. Som sansende kropper er vi en del av naturen og fellesskapet med andre. Vi er avhengige av mat, luft, vann og omgivelsene våre for å overleve. Samtidig må vi være i fellesskap med andre mennesker for å kunne leve godt. Martinsen skriver med Løgstrup at som sansende kropper er vi avstandsløst felt inn i naturen og i fellesskap med andre. Avstandsløst vil si at man er en naturlig del av naturen og fellesskapet. Imidlertid lever vi ikke bare avstandsløst fordi den forstående kroppen gir oss avstand slik at vi kan strukturere de sanselige inntrykk naturen og mennesker gir oss, og uttrykke det slik at andre forstår det. Det er kroppen som mottar inntrykk som berører oss, og som vi ikke er likegyldige til. Det er den sansende og forstående kroppen som tolker og tyder inntrykkene, og som er med å uttrykke de i møte med andre. Kroppen vår som sansende, bærer også med seg en form for tone som er med på å påvirke stemningen rundt oss. Det vil si at man gjennom sine handlinger, blick og ord er med på å sette en stemning på tilværelsen for seg selv og de man har rundt seg. Dette gjelder både i hverdagslige og i faglige sammenhenger. Kroppen og sansingen er vår måte å møte verden og hverandre på (Martinsen, 2003b).

5.2 Omsorgstenkningen

”I sykepleien trenger vi kunnskaper som vektlegger og prioriterer omsorgsverdier” skriver Kari Martinsen (2005). Menneskets grunnleggende verdiforutsetning er at vi er henvist til hverandre, for å ta vare på hverandre. Dette gjør seg gjeldende og kommer til uttrykk i relasjonen med andre. Hun peker også på tillit som sentralt i sykepleierens omsorg (ibid).

5.2.1 Tredelt omsorgsbegrep

Kari Martinsen ser på omsorgsbegrepet som et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. I sine senere arbeider har hun argumentert for at den moralske sidene ved omsorg er overordnet. Moralen viser seg i måten arbeidet utføres på (Martinsen, 2005). Alle de tre fenomenene opptrer samtidig i samhandling med andre. Dette gjelder både i private og profesjonelle sammenhenger. Den *relasjonelle* delen går på relasjonene til andre mennesker og den forutsetter at det er minst to parter. For å tydeliggjøre dette brukes ofte preposisjonen for, til, ovenfor, om og med. Man viser omtanke *for* den andre og hjelper den andre *med* pleien man gir (Alvsvåg, 2006). Det relasjonelle tar utgangspunkt i et kollektivt menneskesyn, som innehar en viss avhengighet til andre. Denne avhengigheten vil derimot ikke nødvendigvis være en motsetning til selvhjulpenhet. Imidlertid blir den det hvis man ser på et individualistisk menneskesyn. Da blir avhengighet en motsetning til for eksempel selvhjulpenhet, selvforvaltning og eget ansvar. Med andre ord er vi avhengige av relasjoner med andre mennesker. Prinsippet om ansvar for den svakeste er et universalistisk prinsipp som er gjeldene (Martinsen, 2003b).

Neste del av begrepet er den *praktiske*. Prinsippet om ansvaret for svake eller det moralske universalismeprinsipp er forankret i et praktisk forbilde, nemlig den barmhjertige samaritan som vi møter i Bibelen. Liknelsen viser oss to ting; at samaritanen deltar aktivt i den andres lidelse og at hjelpen gis uten betingelser. Samaritanen går bort til den hjelpetrengende og stiller sårene, og hjelper han samtidig til et herberge hvor han kan hvile. Det er en situasjonsbetinget og konkret handling. Samaritanen gir hjelp ut fra den hjelpetrengendes tilstand, og ikke fordi han forventer noe tilbake (Martinsen, 2003b). Gjennom konkrete og praktiske handlinger viser man omsorg for hverandre. Hvordan man konkret handler, sier noe om kvaliteten av omsorgen man viser (Alvsvåg, 2006).

Den tredje siden ved omsorg er den *moralske*. Den sier noe om hvordan vi er i relasjonen med andre gjennom det praktiske arbeidet. Det viktige er hvordan vi er til stede og hvordan vi utfører selve handlingen. Man må være til stede i relasjonen med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon (Alvsvåg, 2006). Når man snakker om det moralske er det altså kvaliteten i selve relasjonen som er viktig og vesentlig. Innenfor sykepleieprofesjonen er også dette viktig. God omsorgsmoral må læres gjennom praksis, slik at verdiene blir en del av de profesjonelles handlinger. Men samtidig er det viktig at man ser

på verdiene de profesjonelle har med et kritisk blikk. Sykepleierne tar moralske beslutninger og står ovenfor verdikonflikter etter et bevist menneskesyn. I bunn ligger det grunnleggende prinsippet om ansvaret for den svakeste (Martinsen, 2003b). Det å kunne gjøre en god moralsk vurdering innebærer altså å se hvor pasienten er og hva som er pasientens utgangspunkt, og jobbe ut i fra det. Da er det viktig og verken overvurdere eller undervurdere pasientens evne til selvhjulpenhet (Alvsvåg, 2006). Makt er også viktig i forhold til omsorgsmoral. Som tidligere nevnt inngår makt i alle avhengighetssituasjoner, og det kan i slike situasjoner være lett å utnytte den svakeste parten i relasjonen (Martinsen, 2003b).

Den moralske siden av omsorgsbegrepet er viktig ved et kollektivistisk menneskesyn. Moralen spiller en rolle i forvaltningen mellom makt og avhengighet. Det moralske prinsipp om ansvaret for de svakeste kan brukes til å trekke en grense mellom moralsk ansvarlig maktutøvelse og uansvarlig maktutøvelse. Med større kyndighet som man får gjennom erfaring fra ulike situasjoner, vil handlingene våre bli mindre regelstyrt. Reglene blir bare hjelpemidler mens innlevelse, erfaringsbasert vurdering og skjønn spiller hovedrollen. Skjønn er ikke subjektivt, men en vurdering vi foretar ut fra vår fortrolighet med hva som ansees som forbillige handlinger. På denne måte kan man engasjere seg i sin helhet i situasjonen, og man har tilegnet seg en etisk kompetanse som kan kalles praktisk visdom (Martinsen, 2003a:). Vår moral er vår grunnleggende måte å være på, men skal moralen være fornuftig, må man kunne begrunne den. For å komme frem til gode løsninger er den fornuftige moralske dialog viktig, hvor man kan utveksle argumenter. Denne dialogen bygger på felles erfaringer og verdier. Man må vurdere moralsk skjønn og overveielser ut ifra en situasjonsforståelse. Ut fra et kollektivistisk menneskesyn vil støtten til svake som et moralsk universalismeprinsipp være uttrykk for et samfunns mest grunnleggende forbilde (ibid). Dette bygger på en felles opplevelse av livet som både godt og vond. Samtidig kan alle mennesker komme til å være den svake part i ulike situasjoner og relasjoner. Omsorg er å frigjøre hverandres ressurser. Det vil si at man må forstå den andres situasjon, og møte hverandre med tillit. Det er også viktig at begge er deltagere i samhandlingen, og at det opprettes tillit. Tillit er ikke noe man får uten videre, men man må være den verdig. Det blir man hvis man handler riktig og bruker fornuften (Martinsen, 2003b).

5.2.2 Intersubjektivitet og omsorg

Intersubjektivitet beskriver hvordan man møter det andre menneske. Det vil si at man ser den andre som et subjekt, slik som man gjør med seg selv. Dermed er man likestilt i relasjonen med hverandre, og man forhindrer at den ene blir objektivert. Omsorg er å knytte bånd, og gå inn i relasjoner med andre. For at omsorgen skal være ekte er det viktig at personene er likestilt som subjekter. Kari Martinsen beskriver kroppen som intersubjektiv, den er min egen og i et samtidig fellesskap med andre. Med andre ord den er relasjonell (Alvsvåg og Gjengedal, 2000).

Hvilket menneskesyn man legger til grunn, får betydning for hvordan man ser på omsorg. Det er nødvendig med et kollektivistisk menneskesyn for at omsorg skal bli sett på som noe positivt. Det innebærer at frihet, selvstendighet og ansvar bare får mening gjennom avhengighetsrelasjoner. Dette viser at avhengighet kan være langt mer enn en motsetning til uavhengighet. Avhengigheten er en grunnstruktur. Vi velger ikke avhengigheten, det er noe vi *er* som mennesker (Martinsen 2003a). Mennesket vil ikke være selvstendig uten at det samtidig er bundet av kollektive sammenhenger, av livsmønstre og tradisjoner som man blir utviklet gjennom og som man tar del i. Avhengighet vil på denne måten stå som en grunnstruktur, og ikke som en motsetning til selvhjulpenhet. Mennesker er avhengige av hverandre, og det er ikke noe man kan velge. Hvis man har et kollektivistisk menneskesyn vil avhengigheten for den andre på en positiv måte sette rammene for friheten. Avhengigheten vil da føre til en deltagende og omsorgsfull innsats i dagliglivet, yrkeslivet og til samfunnsengasjement (Martinsen, 2003a).

Omsorg er et forhold mellom to mennesker som innebærer en viss form for gjensidighet. Generalisert gjensidighet, balansert gjensidighet, og negativ gjensidighet er ulike sider ved dette. Generalisert gjensidighet kan beskrives som en ytelse hvor man ikke vet hva eller om man får noe tilbake. Gjenytelsen er med andre ord usikker. Stikkord som kan beskrive denne typen er altruisme, ren gave og hjelp. Balansert gjensidighet er når begge parter yter og begge får oppmerksomhet. Relasjonene er likestilte hvor begge parter bytter på å være mottaker og giver. Stikkord kan da være vennskapsforhold og ekteskap. Den siste typen, negativ gjensidighet, preges av manipulasjon hvor partene prøver å oppnå mest mulig for minst mulig omkostninger. Begge partene står ovenfor hverandre med motsatte interesser og ønsker å maksimere sin egen nytte på den andres bekostning. Stikkord er da spill, pruting og

nyttehandel. Denne siden av gjensidighet kalles negativ fordi en part blir undertrykt i relasjonen. Av disse tre ulike typene er det den balanserte og den generaliserte gjensidigheten som har med omsorg å gjøre. Disse to gjensidighetsformene kan karakteriseres ved at innefor den balanserte gjensidighet har man "omsorg for hverandre" og innenfor den generaliserte gjensidigheten har man "omsorg for andre". Dermed er det den balanserte gjensidigheten som er det vanligste mellom friske, voksne mennesker, og den generaliserte gjensidighet som er den mest gjeldene innefor omsorgsarbeid (ibid). Martinsen definerer omsorgsarbeid slik:

Omsorgsarbeid er ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og hvor omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem som det skal "sørges for" (Martinsen 2003a:75).

5.2.3 Omsorg og samfunn

I dagens samfunn blir ofte begreper som avhengighet og omsorg knyttet til noe negativt. Å være avhengig blir sett på som motsetningen til å være selvhjulpen, og selvhjulpenheten står sterkt. Avhengighet fører ofte til mangel på respekt og anseelse hos andre og også til lav selvrespekt. Det å mestre blir sett på som en viktig individuell verdi, som det er ønskelig at man klarer. Mange går med en redsel for å være "en byrde" for andre (Martinsen, 2003a). Å klare seg selv og å ikke være avhengig rangeres høyere på verdiskalaen enn å ta hensyn til og å hjelpe. Samfunnets ideologi belønner den selvhjulpne og selvstendige. Hjelp til selvhjelp ideologien som er sentral i helsevesenet bygger opp under dette. Egenomsorg er et begrep som har kommet fra USA, og som har vunnet stor innpass i den norske sykepleien. En egenomsorg sentrert sykepleie er nært knyttet til en aktiv behandling, hvor en forutsetter at pasienten skal bli selvhjulpen (ibid).

Innenfor forskjellige institusjoner og omsorgsarbeid snakkes det om to ulike typer omsorg, nemlig vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg. Vekstomsorg er den omsorgen som har som mål å få flest mulig selvhjulpne, og lære dem til egenomsorg. De pasientens som ikke oppfyller dette kravet ønsker, blir pasienter i vedlikeholdsomsorgen, hvor målet ikke er at pasienten skal bli selvhjulpen og uavhengig. Martinsen sier at disse institusjonene på en måte er mer egnet for god omsorg (Martinsen, 2003a). Målet blir annerledes og det er mer godtatt at man ikke streber etter selvhjulpenhet. Pasienten har rett på omsorg på en annen måte enn innenfor vekstomsorgen. En egenomsorgsrettet sykepleie med selvhjelp og uavhengighet som ledende

verdi, må nødvendigvis utelukke mange pleietrengende. Den er ekskluderende, mens omsorg er inkluderende. Omsorg med solidaritet som ledende verdi, omfatter alle. Da tar man utgangspunkt i de svake og mest pleietrengende pasientgrupper, som ellers lett vil glemmes (ibid).

Marx skrev om den teknisk instrumentelle fornuft, som Martinsen refererer til i sine tekster. Den er knyttet til lønnsomhet og kapitaløkning. Videre er den utbytende produktiv, aggressiv og grenseløs. Dette knyttes til en umettelig behovstilfredsstillelse for borgerne i samfunnet, hvor man hele tiden ønsker å skape noe nytt hvis det er mulig. Naturvitenskapen blir opphøyet som en kultur og livsforståelse, og dette kan føre til at mennesket blir fremmedliggjort og sett på som en vare. Kari Martinsen knytter an til Løgstrup som mener at den instrumentelle fornuft blir opprettholdt på grunn av det individualistiske selvforståelsen til borgerne. Blant annet sier han at individet har blitt viktigere enn relasjonen, noe som fører til at vi blir opptatt av oss selv. Han sier også at når de individuelle behovene får en så stor plass som de gjør, vil det også være med å ødelegge, fordi det er behovene som tar alt fokus. Dermed glemmer man viktigheten av relasjonen (Martinsen, 2003b).

Martinsen trekker en parallell mellom dette og sykepleien. Hun mener at det er naturvitenskapen som også blir sett på som den viktigste kunnskapen innefor sykepleieprofesjonen. Naturvitenskapen bygger på en instrumentell, abstrakt, rasjonalitet, sier hun (2003b). Kunnskapen blir målt ut fra målrasjonalitet og problemløsning (ibid). Et eksempel på det er sykepleieprosessen, en metode som har kommet til Norge med inspirasjon fra USA. Den ble første gang publisert i bladet *Sykepleien* på 1960-tallet. Det er en problemløsende metode som skal være med å bidra til at man kan måle og gi konkrete data i sykepleiesituasjonene. Martinsen har selv fått kritikk for å være så kritisk til sykepleieprosessen. Dette fordi den også har en relasjonell side og er en samhandlingsprosess. Kari Martinsen mener imidlertid at man på denne måten skal ha noe ut av relasjonene, som skal kunne måles. Da må følelsene ut fordi disse ikke kan måles, noe som Martinsen mener er en viktig del av relasjonene med andre. Hun mener at man vil bli opptatt av seg selv og hvilke resultater man klarer å produsere. Dette er på grunn av den mål - middel tenkningen som sykepleieprosessen skaper (ibid). Når man jobber etter denne måten mener Martinsen at omsorgen mister noe av det grunnleggende som er i relasjonen, og som er viktig for utøvelsen av god sykepleie.

5.3 Kritikk av livsfilosofisk sykepleie

Kari Martinsen er som beskrevet først i kapitlet kritisk til den evidensbaserte tilnærmingen til sykepleien. Men hun har også selv møtt kritikk i forhold til sine teorier. At den problemløsende tilnærmingen får liten plass hos Martinsen, og at hun mener det reduserer sykepleien til tekniske og formålsrasjonell handlinger, har hun blitt kritisert for. (Kirkevold, 1996).

Noe av kritikken Martinsen blir møtt med er at hun ikke tydeliggjør et godt alternativ til den evidensbaserte sykepleien. Kritikken går også i forhold til at pasienten har krav på den beste behandlingen som bygger på den best tilgjengelige kunnskapen. Det får man ikke i relasjonen. Samtidig møter hun kritikk i forhold til at behandlingen til pasientene kan være mer preget av synsing og tilfeldigheter, fordi den enkelte sykepleier skal avgjøre og ta stilling i relasjonen. Håndverkstradisjonene har vært kritisert for vanedanning, tradisjonsbundethet og manglende kritisk tenkning (Martinsen, 2005). Dette blir sett på som lite effektivt, og man har ingen måte å måle resultater av handlingene som utføres. Det er vanskelig å beskrive praksisen, og bevise eller begrunne det man har gjort når man ikke har målbare resultater. Denne retningen har også blitt kritisert for at den erfaringsbaserte sykepleien har fått alt fokus. En slik tilnærming til faget er ikke alene nok. Man trenger kunnskap som kan speiles mot den erfaringsbaserte sykepleien (Nortvedt m.fl., 2004).

5.4 Oppsummering

I motsetning til den evidensbaserte sykepleien legger den livsfilosofiske tradisjonen, som Kari Martinsen representerer, vekt på den gjensidige avhengigheten mellom pasient og sykepleier. Det er utgangspunktet for god sykepleie og omsorg. Et kollektivistisk menneskesyn er derfor en nødvendighet. Den fenomenologiske tenkningen og retningen har en viktig plass innenfor denne tradisjonen, hvor filosofen Knud E. Løgstrup er sentral. Fenomenologien har de sanselige erfaringene som utgangspunkt, i motsetning til systemer og prinsipper. Fortellingen og sansingen er viktige kilder for å innhente ny kunnskap hos sykepleieren. Innenfor den evidensbaserte sykepleien så vi at det ble knyttet en mer ekspertrolle rundt det å være sykepleier. Innenfor den livsfilosofiske tenkningen har dette et annet fokus, og det er ikke på sykepleieren som ekspert fokuset ligger. Sykepleieren innehar viktige kunnskaper som

pasienten ikke har, men det er ikke det som fremheves. Vektleggingen ligger på det allmennmenneskelige og den felles livsverden som man deler. Det blir utgangspunktet når man går inn i en pasientrelasjon.

Kari Martinsen ser på omsorg som det grunnleggende for sykepleien. Hun ser på omsorgsbegrepet som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Alle disse sidene opptrer samtidig. Den moralske siden er den viktigste, og viser seg i måten arbeidet utføres på. Den sier noe om kvaliteten på arbeidet som blir utført. Martinsen er også opptatt av hvordan avhengigheten blir sett på som noe negativt i samfunnet og at individet er det som oppheves. En slik tankegang får også konsekvenser for omsorgen og hvilken oppfattelse samfunnet gir av omsorg. Når avhengigheten blir sett på som noe negativt, vil nødvendigvis omsorg bli det samme.

Igjen ser vi at omsorg ikke alltid er noe entydig. Ulike sider ved denne tvetydigheten vil jeg komme inn på i drøftningen i neste kapittel.

6.0 Kunnskap, makt og omsorg

I oppgaven har jeg så langt gitt en fremstilling av utviklingen av sykepleien fra kall til profesjon. Jeg har vist at profesjonsdannelsen i vesentlig grad har vært knyttet til fagtradisjoner hentet fra USA, tradisjoner som legger vekt på naturvitenskapelige metoder. Men samtidig lever videreutviklingen av den tradisjonelle sykepleien videre i det som kalles ”den livsfilosofiske sykepleieteori”, der Kari Martinsen er den fremste representanten her i Norge. Hennes vitenskapelige grunnlag er fenomenologien, og hun baserer seg i stor grad på Løgstrups etiske tenkning. Videre har jeg også sett på omsorgsbegrepet og noe av kompleksiteten som er til stede i begrepet. Omsorgen sykepleieren møter pasienten med kan knyttes opp mot ulike former for kunnskapssyn. Som vist i oppgaven foran, er det forskjell på å tenke omsorg med utgangspunkt i evidensbasert sykepleie og i livsfilosofisk orientert sykepleie. Den første vil knytte omsorgen primært til vitenskapelig basert kunnskap om god sykepleie, mens den andre vil se en sammenheng mellom omsorg og møtet mellom pasient og pleier. I det første tilfellet vil altså kunnskapen om god sykepleie som sykepleieren har tilegnet seg før møtet med pasienten være avgjørende for forståelsen av omsorg. I det andre tilfellet vil selvsagt sykepleierens fagkunnskaper være viktige, men disse blir satt i spill i møtet med pasienten, og dette møtet vil forme omsorgen som ytes. Med andre ord er det mange ulike elementer som virker inn på samspillet mellom pasienten og sykepleieren.

Endringen av sykepleiens grunnlag som er definert i de yrkesetiske retningslinjene, hvor ordet kunnskapsbasert har fått plass er interessant (jfr. innledningen). Denne endringen er spennende i forhold til forståelsen av omsorgen som sykepleieren gir. Hvilke konsekvenser får disse endringene for synet på omsorg, og spenningene som er til stede i omsorgsbegrepet. Noen dilemmaer som er knyttet til omsorgsbegrepet:

- Det asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient, og den definisjonsmakten sykepleieren dermed får
- Hva er grunnlaget for tillit mellom pasient- sykepleier, og hvilken betydning har det i forhold til pasientens beste?
- Autonomi er et nøkkelbegrep i den menneskelige eksistens, også for pasienter; Hvordan legges det til rette for dette i de to tradisjonene?
- Sykepleiers posisjon og faren for objektivisering

Disse dilemmaene glir delvis over i hverandre, men vil være utgangspunkt for det videre arbeid.

6.1 Asymmetri og makt

Asymmetri vil alltid være en integrert del av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det skyldes blant annet sykepleierens yrkeskompetanse og arbeidsstedet hun representerer. Som en følge av en slik asymmetri blir det naturlig å snakke om makt. Forholdet mellom asymmetri og makt er ikke nødvendigvis så enkelt. Definisjonsmakten vil ligge hos sykepleieren i samhandlingen med pasienten. Sykepleieren må derfor gjennom sin profesjonelle rolle bruke denne makten til det beste for pasienten. Pasienten kan imidlertid føle avmakt på grunn av manglende kunnskaper i situasjonen. I boken *Omsorgsetikk – søkelys på omsorgens motivasjon* skriver Øyvind Foss (2005) hvordan avmakten gir seg over for makten, når pasienten ikke involveres som partner i samtalen og det som foregår rundt han. Hvilken posisjon sykepleieren tar i forhold til pasienten, og hvordan hun begrunner handlingene sine vil være forskjellig innenfor den evidensbaserte og den livsfilosofiske tradisjon. Grunnlaget for hva som legges i ”det beste for pasienten” kan variere, mens hensikten, god omsorg og sykepleie, er den samme i begge tradisjonene.

Hvordan forholder sykepleieren seg til den definisjonsmakten hun har i det asymmetriske forholdet mellom seg selv og pasienten? Først vil jeg gi et eksempel for å illustrere problematikken. Dette vil jeg også bruke senere i drøftingen.

En sykepleier skal foreta stell av et sår. Hun kan prosedyren og vet hvilke bandasjer som de alltid har pleid å bruke, og hvilken effekt dem har. Samtidig vet hun at ny forskning har dokumentert god effekt av en ny bandasje som har kommet, men dette utstyret må hun hente på en annen avdeling. De andre bandasjene har hun hos seg selv. Hvis hun velger å hente de nye, vil hun få mindre tid hos pasienten. Sykepleieren er den som har makt til å foreta den ene eller andre avgjørelsen i situasjonen. Pasienten har ikke mulighet til å vite hvilke ulike valgmuligheter som fins. Hva velger sykepleieren?

For å kunne se på hvordan sykepleierne begrunner handlingene sine er det viktig å se på hva som ligger i forståelsen ”det beste for pasienten”. I den evidensbaserte tradisjonen er kunnskap viktig, og ikke minst hvordan kunnskapen har fremkommet. Med andre ord er det ikke nok med sykepleierens erfaring, pasientens ønsker og konteksten. Sykepleierne må hele tiden ta hensyn til den beste tilgjengelig kunnskapen som er fremkommet gjennom forskning, sier Monica W. Nortvedt og Tove Aminda Hansen (2001a). Dette er grunnleggende for å kunne gi pasienten den beste behandlingen. I eksempelet over ville det dermed kunne betraktes som en ”unnlåtelsessynd” å la være å bruke bandasjer med dokumentert bedre effekt enn de gamle som sykepleieren brukte. En viktig del av det å være sykepleier innebærer faglig oppdatering ut fra tanken om at sykepleie er et dynamisk fag der stadig ny kunnskap kommer til (jfr. kap. 4.2.1). Men det innebærer også at denne kunnskapen anvendes i det praktiske arbeidet. Sykepleieren vil da fremstå som ekspert på sitt område, og denne ekspertrollen har sykepleieren tilegnet seg ved hjelp av forskningsresultater og vitenskapelige teorier *forut* for møtet med pasienten. Ut fra et evidensbasert synspunkt vil ekspertmakten sykepleieren har være legitim, fordi den utøves til pasientens beste og med vitenskapelig fundert kunnskap som utgangspunkt. I en sykdomsperiode er pasienter ofte svakelige, slitne og kanskje også i psykisk ubalanse. Da kan de gjøre vurderinger som de i en annen situasjon ville angre på. Det kan derfor argumenteres for at sykepleier tar ansvaret for behandlingen, og gir pasienten ”fri” fra å involveres i vanskelige valg.

Tenkningen om profesjonalisering av sykepleieryrket på denne måten, legitimerer en sykepleierrolle som primært støtter seg på fag og vitenskap, og der det kan være en fare for at pasienten som et likeverdig medmenneske blir mindre vektlagt. Dermed kan pasienten oppleve seg som underlegen i situasjonen, og føle avmakt. Jan – Olav Henriksen og Arne Johan Vetlesen (2000) skriver at dersom andre bestemmer over en, uten at man er enig, vil man ikke være likestilt med den som bestemmer. Man er da gjenstand for vedkommendes maktutøvelse. I en profesjonssammenheng kan det være nødvendig å utøve en slik form for makt. Men det reiser samtidig noen etiske spørsmål, som den evidensbaserte sykepleie ikke synes helt å kunne fange inn. Den evidensbaserte sykepleie søker å etablere en omsorg som ikke avhenger i nevneverdig grad av skjønn og dermed er uantastet av møtet med pasienten. I eksemplet med bandasjer kan dette være bra, men dersom situasjonen er mer kompleks og i grunnen reiser spørsmål om pasienten trenger noe annet og mer av mer eksistensiell art, vil den evidensbaserte sykepleie kunne møte en omsorgsgrense. Asymmetrien kan i verste fall hindre sykepleieren å fange opp andre signaler fra pasienten.

Sykepleietradisjonen med livsfilosofisk forankring har et noe annet utgangspunkt. Da vil det fellesmenneskelige i relasjonen med pasienten være det sentrale. I denne retningen ligger den faglige kunnskapen som en selvfølgelig basis som også må være der. Men betoningen av *relasjonen* flytter oppmerksomheten over på pasienten og det denne uttrykker, fremfor den evidensbaserte kunnskap. Det blir viktig å ”lese” pasienten gjennom å se og lytte. Sansningen er sentral i forhold til dette. Kari Martinsen er inspirert av Løgstrups tenkning rundt sansningen. Gjennom sansningen blir man berørt av den situasjonen man er i, og det gjør inntrykk på oss som menneske (2003b). Dermed er sansningen sentral i sykepleien for å kunne forstå pasienten bedre. Sykepleieren som en ekspert ser man også i denne tradisjonen, men på en annen måte. Innen denne tenkningen vil sykepleieren tilstrebe et subjekt – subjekt forhold i møtet med pasienten, for å styrke og opprettholde den mellommenneskelige relasjonen. Den nære relasjonen blir løftet frem. Sykepleieren skal være konsentrert om pasienten og vedkommendes situasjon (Thollin, 2005). I eksempelet over synes det dermed mer relevant på bruke tid på pasienten, og samtale med denne med tanke på å bygge ned usikkerhet og utrygghet, enn å hente de mest effektive bandasjene. Slik vil sjansene for å opprette et mer symmetrisk mellommenneskelig forhold kanskje være større. Asymmetrien som ligger i forholdet mellom profesjonell og pasient opphører ikke nødvendigvis, men vektleggingen av felles verden, der sykepleierens samtale med pasienten tillegges større vekt som kunnskapssentral, har som konsekvens en betoning av omsorg som noe som skjer i møtet mellom mennesker, mellom sykepleier og pasient.

”Man må være til stede i relasjonen med en holdning som anerkjenner pasienten ut fra hans situasjon”, sier Kari Martinsen (2003a:71). Sykepleieren som ekspert er nedtonet i forhold til i den evidensbaserte sykepleien. Imidlertid vil sykepleieren gjennom relasjonen med pasienten ha påvirkningsmuligheter gjennom samtale og argumentasjon. Styrken ved denne tenkningen er at forståelsen og innlevelsen i pasientens situasjon trer i forgrunnen. Asymmetrien vil ikke være like synlig innenfor denne tradisjonen. Kristin Rydjord Thollin (2005) skriver at hvis man er bevisst relasjonens dialogiske fundament, er det også mulig å kombinere faglig autoritet og likeverdige mellommenneskelige forhold. Det dialogiske fundament vil si at det er en dialog mellom pasienten og sykepleieren. I samsvar med Knud E. Løgstrup ser Kari Martinsen en etisk fordring knyttet til dette tema. Løgstrup mener at det alltid vil være en makt i en relasjon mellom to mennesker, og at man vil ha makt over noe av den andre personen i sin hånd. Makten er ikke noe galt i seg selv, og fordringen innebærer å gjøre det

beste vi kan med denne makten for det andre mennesket. Å være til stede og anerkjenne den andre, er nøkkelen til god omsorg og pleie.

Sykepleierens definisjonsmakt vil ikke i seg selv være negativ verken i den evidensbaserte eller den livsfilosofiske sykepleietenkningen. Det er *hvordan* makten bruker som er det viktigste. Dette handler om den moralske delen ved omsorgsbegrepet i Kari Martinsens tenkning (jfr. kap. 5.2.1) Det er en styrke ved den evidensbaserte tenkningen at sykepleien ikke er basert på ”synsing” og tilfeldigheter, men har et vitenskapelig grunnlag. Imidlertid kan det synes for snevert bare å operere innenfor et naturvitenskapelig tenkesett. Styrken ved den livsfilosofiske tenkningen er at mennesket som likeverdig er så tydelig formulert.

De ulike tradisjonene bruker forskjellige begreper knyttet til omsorg. Slike begreper kan virke styrende på hvordan sykepleieren tenker. Imidlertid ser vi at Monica W. Nortvedt som representant for den evidensbaserte retningen representerer noe annet enn David L. Sackett som er mer radikal (jfr. kap. 4). I motsetning til Sackett trekker hun også inn det kliniske, og at pasientens synspunkter skal tillegges vekt i utøvelsen av omsorg og sykepleie. Dermed nærmer hun seg den livsfilosofiske retningen i noen grad. Og hun åpner dermed den evidensbaserte sykepleie for nærhetsetikken i noen grad, nemlig den etiske forpliktelse som ligger i ansikt-til-ansikt-møtet, i sykepleierens møte med pasienten. Dette er likevel neddempet sammenliknet med hva som er tilfelle i Martinsens livsfilosofiske tradisjon.

All sykepleie dreier seg om å gjøre det beste for pasienten. Imidlertid har vi sett at oppfattelsen av hva som er det beste for pasienten i de to tradisjonene vil være ulikt. Omsorgstenkningen i den evidensbaserte retningen forutsetter en asymmetrisk tenkning begrunnet i det forhold at den vitenskapelige baserte kunnskapen innehas av sykepleieren, og skal utøves overfor pasienten. I den livsfilosofiske tenkningen vil det være et hovedpoeng å bygge ned asymmetrien på det mellommenneskelige plan for å legge til rette for å bygge en god relasjon. Den faglige plattformen gjennom sykepleierutdanningen tas som et selvfølgelig grunnlag som ikke trenger spesiell fokus. Dermed vil grunnlaget for god omsorg være forskjellig forankret.

Tillit mellom omsorgsgiver og omsorgsmottager er viktig og har nær sammenheng med maktbegrepet og asymmetrien. Tillit vil være tema for neste kapittel.

6.2 Tillit i pasient – sykepleier relasjonen

I enhver pasient – sykepleier relasjon vil tillit være nødvendig for utøvelsen av god omsorg. For at sykepleieren skal være tilliten verdig, må pasienten kunne stole på at sykepleieren utfører arbeidet på en tilfredsstillende måte. Når pasienten møter sykepleieren med tillit vil han selv bli sårbar i situasjonen. Derfor er også tillit nært knyttet til makt. Denne sammenhengen mellom sårbarhet og makt vil være utgangspunkt for situasjoner hvor mistillit kan oppstå (Nortvedt og Grimen, 2004).

I akutte situasjoner er pasienten nødt til stole på sykepleieren. Tillitsbegrepet relatert til sykepleier-pasient-relasjonen kan knyttes til tre komponenter: *hensikter*, *fagkompetanse* og *kunnskap om teknologi* hos sykepleieren (jfr. kap. 3.3). Hvordan skaper sykepleieren tillit, og hva er det hun vektlegger som grunnleggende? I det følgende skal vi se nærmere på dette med utgangspunkt i de tre komponentene. Deretter følger noen refleksjoner over ulike sammenhenger mellom tillit og makt. Men først skal problemstillingene illustreres ved et eksempel:

Vi kan tenke oss en voksen mann som er innlagt på grunn av et hjerteinfarkt. En dramatisk hendelse for pasienten, som krever rask og riktig behandling. Pasienten føler seg trygg på at han får den behandlingen han trenger og har tillit til personalets faglige kompetanse. Samtidig har han mange spørsmål. Han sover lite om natten fordi han er redd det samme skal skje igjen. Han gruer seg også for hjemreisen, og å komme hjem til en tom leilighet helt alene. Sykepleierne er flinke og effektive, de er ofte innom og sjekker målinger og apparater. Så spør de hvordan han har det, smiler pent og går videre. Han føler seg ivaretatt, på et vis.

6.2.1 Sykepleiers hensikt

La oss først se på eksemplet fra et evidensbasert ståsted. Sykepleieren ønsker å gi den best mulige behandlingen ved å være faglig korrekt i det hun gjør. Hun ønsker å gi pasienten den beste og mest oppdaterte behandlingen, basert på den tilgjengelige kunnskap en har om feltet.

De avanserte måleinstrumentene og apparatene er viktige hjelpemidler for å kunne gjennomføre dette. Også en sykepleier med en livsfilosofisk tilnærming ville kunne ha de beste hensikter for pasienten, og ønske å gi den beste behandlingen. Men dette ville uttrykkes på en annen måte: Hun ville nok føle at det også er andre momenter som bør prioriteres for å skape tillit. Den faglige ekspertisen ligger i bunnen, men det er først i det konkrete møtet mellom sykepleieren og pasienten tilliten skapes. Dermed ville denne sykepleieren antagelig også være svært opptatt av å "fange" signalene fra pasienten om engstelighet og uro, og møte dette på en adekvat måte. På denne måten blir pasienten som *person* satt i sentrum, på en tydeligere måte enn ved den evidensbaserte hvor det er kunnskap rundt behandlingen av hjerteinfarkt som er det viktige. Slik kan det hevdes at både en evidensbasert og en livsfilosofisk orientert sykepleier ville kunne ha de beste hensikter for pasienten, men det ville uttrykkes på ulike måter.

6.2.2 Sykepleiers fagkompetanse og teknologikjennskap i relasjon til tillit

"Tillit" innenfor den evidensbaserte tradisjonen vil være knyttet til sykepleierens profesjonalitet i en forståelse som legger vekt på faglig styrke og vitenskapelig fundering slik at pasienten kan stole på at han vil motta den beste behandlingen. Det er altså pasientens forståelse av at sykepleieren er et dyktig fagmenneske som først og fremst sees som det tillitskapende element. Med andre ord vil det være viktig at sykepleieren bruker tid på faglig oppdatering, og forsøker å bruke den nye kunnskapen aktivt i praksis. Tillit til teknologien vil være knyttet til sykepleietekniske oppgaver som forutsetter opplæring og forståelse. Det positive med en slik tilnærming til tillit vil være at pasienten får den beste behandlingen ut fra hva som finnes av tilgjengelig forskning på området. I eksempelet over ville sykepleiers handlinger, forankret i sykepleierens kunnskap om hjerteinfarkt og behandlingen av dette ved hjelp av avansert teknologi være det bærende element i tillitsbyggingen.

En livsfilosofisk orientert sykepleier ville tenke annerledes: Tillit handler også om relasjonsbygging på det mellommenneskelige plan. Enhver har behov for å bli bekreftet på den følelsen man har i en sårbar situasjon, sier Thollin (2005). Selv om fagkompetansen skal ligge som selvfølgelig bakgrunn for utøvelsen av omsorgen, ville sykepleieren i eksempelet over lagt vekt på å lytte til hva pasienten uttrykker, både verbalt og nonverbalt, med tanke på å etablere en tillitsrelasjon. Derfor er det grunn til å tro at hun ville prioritert tid til å snakke

om pasientens engstelse om sykdomsforløpet, hjemreisen, leiligheten osv. I en slik tenkning fremstår et ensidig fokus på diagnosen og det faglige som for snevert. Tillitens grunnlag blir lagt i selve *relasjonen* med pasienten. Når pasienten viser tillit til sykepleieren vil det også være med å skape tillit hos sykepleieren. Det vil skape et åpent og trygt rom i relasjonen (Martinsen, 2003b). Ut fra en slik tanke er det ikke mulig å skape tillit hvis man ikke er til stede hos pasienten. Positivt ved den livsfilosofisk tilnærmingen er at pasienten hele tiden vil føle seg ivaretatt som en person. Han blir ikke en ”hvem som helst”, og sykepleieren er ute etter å finne ut hvordan han har det. Med et så sterkt fokus på relasjonen, kan det imidlertid hende at sykepleiers driv i retning av å følge med på det siste innen sitt fag, blir mindre. Fagkompetanse blir i denne tradisjonen sett som nødvendig, men ikke tilstrekkelig element i tillitsbyggingen. Sykepleiens kjerneområde ligger i relasjonen. Et slikt syn vil imidlertid kritikere kunne hevde å være uprofesjonelt, fordi den vitenskapelige frembrakte kunnskapen trer i bakgrunnen for relasjonstenkningen.

3.2.3 Ulike sammenhenger mellom tillit og makt

Kunnskap og makt er to nært beslektede begrep. På den ene siden er god fagkunnskap hos sykepleier et tillitskappende element i forhold til pasienten. I den sammenheng vil den som innehar kunnskapen ha en maktposisjon overfor den andre. På den annen side kan det tenkes en situasjon der en sykepleier med god fagkunnskap har problemer med å få pasienten til å følge de nødvendige prosedyrer, ta riktige medisiner osv fordi tilliten mellom fagpersonen og pasienten på det mellommenneskelige plan ikke er til stede. Ut fra en slik tankegang vil fokuset være på å etablere en god relasjon først, og dermed få et bedre utgangspunkt for å gå inn i en dialog med pasienten om hvilken behandling som er den beste. Slike spørsmål har Nordtvedt og Grimen diskutert (jfr. kap 3.3). De skildret fire ulike sammenhenger mellom makt og tillit:

- Makt kan skape tillit.
- Variasjon i utgangsbetingelsene til tillit
- Makt kan bygge på tillit
- Situasjonsforståelsen

Den *første* formen er at makt kan skape tillit. Det vil si at pasienten av en eller annen grunn gjennom tillit overfører makten sin til sykepleieren. Det kan være flere årsaker til det.

Pasienten kan bli akutt syk og trenge behandling. Dermed er han nødt til å vise sykepleieren tillit. Sykepleieren har også en legitim autoritet i kraft av sin stilling i helsevesenet, med lovverk, regler og faglige tradisjoner som dette innebærer. Videre kan tillit også skyldes at pasienten tror sykepleieren har makt eller evner til å gjøre ting han selv ikke kan.

Asymmetrien og makten er synlig. Med en ekspertrolle blir det tydelig at sykepleieren som fagperson kan gjøre ting ikke pasienten kan, og sykepleier vil derfor ha legitim autoritet når pasienten aksepterer dette. Det er nærliggende å trekke en sammenheng til den evidensbaserte tenkningen i forhold til et slikt syn.

Innen den livsfilosofiske tradisjonen vil også sykepleierrollen delvis bygges opp med bakgrunn i pasientens tillit til sykepleieren som fagperson. Men dersom en slik tillit ikke finnes i utgangspunktet, vil sykepleier arbeide med relasjonen på et annet plan: Det kan tenkes at hun vil forsøke å gå inn i en dialog, der pasienten på det menneskelige planet sidestilles med sykepleier. Sykepleiers mulighet til å øve innflytelse på pasienten vil i den sammenheng paradoksalt nok skje gjennom å bygge ned autoritet i en viss forstand. Ikke på noe tidspunkt stilles det tvil ved hennes faglige integritet og autoritet, men dette handler om et syn om at medmenneskelig tillit må etableres som del av omsorgsarbeidet. Når alt kommer til alt er det pasienten selv som bestemmer om denne makten gjør at han møter sykepleieren med tillit.

Den *andre* sammenheng mellom makt og tillit er at det er variasjon i utgangsbetingelsene for tillit. Da kommer vi inn på problematikken om man går inn i tillitsrelasjonen ”ovenfra” eller ”nedenfra”. Pasienten vil alltid gå inn i relasjonen nedenfra fordi sykepleieren har definisjonsmakt i situasjonen. Hvis en person går inn i en tillitsrelasjon ovenfra vil han eller hun ha mulighet til effektive sanksjoner ved tillitsbrudd eller å trekke seg ut av relasjonen. Dette er ikke tilfelle for pasienten. Pasienten har mange ganger heller ikke mulighet til eller kunnskap om å se hva som er rett og galt i behandlingen og blir dermed sårbar i relasjonen. Det blir hennes ansvar å gjøre det beste for pasienten for å være tilliten verdig. Sykepleieren får et ovenfra og ned forhold til pasienten. I en evidensbasert sammenheng vil det sentrale være å forsikre pasienten om at de tiltak som settes i verk er faglig riktige og slik skape tillit. Den livsfilosofiske sykepleier vil sette relasjonene med pasienten i sentrum, og oppvurdere pasientens synspunkter. Slik vil tilliten bygges, og muligheten for å gi behandling til pasientens beste tar en annen retning.

Den *tredje* sammenhengen Nortvedt og Grimen nevner er at i noen tilfeller kan makt bygge på tillit. Hvis det eksisterer tillit mellom to personer kan den ene parten la en person få viljen sin uten motstand, og makten kan hvile på tilliten. Med andre ord hvis sykepleieren blir møtt med tillit, kan hun ha mulighet til å bestemme hva som skal gjøres med pasienten. Pasienten har full tillit til sykepleieren og viser derfor ikke motstand. Det viktige blir da om pasienten har tillit hos sykepleieren. Det blir opp til pasienten selv å vurdere. Dermed vil forutsetningen for sykepleierne i utgangspunktet være likt innenfor de to tradisjonene, det vil være opp til pasienten.

Den *fjerde* sammenhengen er at tillit alltid bygger på en situasjonsforståelse. Enhver som møter noen med tillit har en viss forståelse av situasjonen. Det vil også gjelde møtet mellom sykepleier og pasient. Innenfor den livsfilosofisk tenkningen vil sykepleieren hele tiden prøve å være i dialog med pasienten, og samtale om situasjonen og hvilke opplevelser pasienten har. I den sammenhengen vil muligheten for misforståelser minskes fordi begge deltar aktivt i situasjonen. Imidlertid kan pasienten føle at han blir så delaktig i det hele, og at han må forholde seg til alt, og dermed svekkes også tilliten. Den evidensbaserte retningen vil tydelig vise at her blir du tatt hånd om, og er i de beste hender. Men tilliten kan svekkes hvis pasienten føler seg oversett, og bare omtales som en diagnose.

Tillit vil i den livsfilosofiske tradisjonen være knyttet til interpersonale og intersubjektive relasjoner. Tillit utspiller seg mellom mennesker. Det innebærer, som vist ovenfor, at god omsorg og sykepleie, baserer seg på møtet mellom pleier og pasient. Møtet og samtalen er grunnleggende elementer i tillitsrelasjonen. Det innebærer at sykepleieren må improvisere også skjønnsmessig for å etablere en slik relasjon. Hennes kunnskaper er viktige i dette, men de er ikke de eneste. Dersom det utelukkende er evidensbasert viten som danner grunnlag for tillit, omgjøres tillit i noen grad fra å være en intersubjektiv hendelse til å bli en objektiv størrelse. Det er utfordringen i den evidensbaserte tradisjonen. Den kan gjøre tillit til noe som er objektivt og gitt uavhengig av personene som er involvert. Dermed blir tillit og kunnskap knyttet sammen på en måte som i verste fall svekker den interpersonale relasjonen. Dette får igjen konsekvenser for hvordan man tenker om avhengighet og autonomi innen sykepleie. Er avhengigheten en objektiv avhengighet av kunnskap, eller er den også en avhengighet som er grunnleggende fellesmenneskelig?

Pasienten er alltid i en avhengighetssituasjon i forhold til sykepleieren, selv om det å kunne bestemme over eget liv er et vesentlig aspekt ved det å være menneske. Dermed går jeg over til neste kapittel hvor jeg vil drøfte hvordan pasienten som både autonom og avhengig blir ivaretatt.

6.3 Både autonom og avhengig?

6.3.1 Autonomi og pasientrolle

Autonomi handler om selvstendighet og medbestemmelsesrett hos mennesket. Under henvisning til filosofen Immanuel Kant hevder Vetlesen (2001) at autonomi er et kjennetegn ved det å være menneske. For å være autonom må man gi seg selv sine egne lover, og kun anse seg forpliktet av de lover en selv anerkjenner. I denne sammenheng er det viktig å samtidig få frem at man dermed ikke kan gjøre hva man vil: Kants kategoriske imperativ innebærer at de handlingene man gjør, også skal kunne blitt omgjort til allmenne lover.

Med andre ord er autonomi individfokusert. Å være autonom vil si å være uavhengig, noe som lett kan oppfattes som det motsatte av omsorg, som gjerne knyttes til avhengighet. I dagens samfunn blir autonomi ofte oppfattet som noe positivt, mens når det gjelder å være avhengig av omsorg er det motsatt (ibid). Hvis omsorg blir sett på som negativt på grunn av avhengigheten, vil det autonome individet komme i en nedverdiggende situasjon når omsorg er en nødvendighet. Som pasient vil man både være avhengig av hjelp, men også autonom som menneske. Prinsipielt har man medbestemmelsesrett både i forhold til sin egen kropp og sitt eget liv. Dette gjelder selv om personen inntar en pasientrolle på sykehus. Denne tvetydigheten i omsorgsrollen må sykepleieren forholde seg til. Utfordringen blir å ivareta pasienten både som autonom og avhengig. Hvilken forståelse av å være et autonomt individ møter pasienten hos sykepleieren? I det følgende skal vi se nærmere på dette i lys av de to sykepleietradisjonene.

6.3.2 Hvordan legger de ulike sykepleietradisjoner til rette for pasientens autonomi?

Innenfor den livsfilosofiske tradisjonen representert av Kari Martinsens tenkning, er avhengigheten viktig for hele forståelsen av mennesket. At man er født gjensidig avhengig av hverandre, er utgangspunktet. Det innebærer at menneskets autonomi møter noen begrensninger, fordi den enkeltes frihet til selvstendige valg ikke må gå på bekostning av andres muligheter til det samme. Samtidig kan vi alle komme i en situasjon der vi trenger hjelp, for eksempel ved sykdom og innleggelse på sykehus. Fellesskapet har en etisk fordring til å yte denne hjelpen. Avhengigheten blir på denne måten ikke noe negativt, men en naturlig del av det å tilhøre et fellesskap (jfr. kap. 5.1.2). Kari Martinsen skiller mellom vekstomsorg og vedlikeholdsoomsorg (jfr. kap. 5.2.3). Det første handler om en type omsorg som i neste omgang fører til at pasienten kan bli frisk, og på sikt føre et mer selvstendig og uavhengig liv. Det endelige målet for denne typen omsorg, er at pasienten er i stand til å yte egenomsorg. Det andre handler om at pasienten er vedvarende omsorgstrengende - enten på grunn av alder, kronisk sykdom eller lignende. Begge perspektiv inngår i omsorgstenkningen hos Martinsens.

Som pasient vil man ha lovbestemte rettigheter som styrker mulighetene for medbestemmelsesretten. Det er viktig å poengtere at Martinsens tenkning ikke er imot pasientens mulighet for selvbestemmelse, men er kritisk til tankegangen om at individet er grunnleggende autonomt.

Pasienten har ikke bare rett til å være med på avgjørelsene som tas, men kan også si fra seg denne muligheten. Det ser vi i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2007) punkt 1.5, hvor det tydeliggjøres at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten (jfr. kap 3.4). I en slik situasjon vil man ivareta pasientens autonomi ved å ta avgjørelser for han. I den livsfilosofiske tankegangen er det viktig å alltid samhandle med pasienten i forhold til avgjørelser. Derfor vil sykepleieren kanskje prøve å unngå en slik overtagelse av pasientens egen bestemmelsesevne. På en annen side vil relasjonene og det å sette seg inn i pasientens situasjon stå sterkt, og da er det nærliggende å tenke at sykepleieren ønsker å oppfylle pasientens ønsker hvis det er gjennomførbart. Da vil både pasienten og sykepleieren gjennom samtalen komme frem til hvordan de skal forholde seg til saken. I den livsfilosofiske omsorgstenkningen blir dermed prosessen viktig. Pasienten skal være med i beslutningene gjennom sykdomsforløpet. Dette

gjelder både for de som trenger vedlikeholdssorg, og de som trenger omsorg i en periode med tanke på senere å bli friske og uavhengige (vekstomsorg).

Pasientens autonomi er også sentralt innen den evidensbaserte sykepleien, men fokuset er noe annerledes. Den evidensbaserte sykepleiens tankegang er mer rettet mot effektivitet og standardisering. Det ser vi på måten sykepleieren skal kunne begrunne handlingene sine. Man ønsker en viss målbarhet i det sykepleieren utretter. Med andre ord har man et mål man arbeider mot med pasienten, nemlig at han skal bli frisk og uavhengig. Pasienten vil være avhengig av sykepleieren i den aktuelle situasjonen, mens målet blir å få han uavhengig. Dermed vil fokuset være tydeligere preget av en hjelp til selvhjelpstankegang, eller egenomsorgstenkning. Dette er et sykepleiemessig paradoks: pasienten må underkaste seg den profesjonelles autoritet i en periode, for på et senere tidspunkt å kunne bli frisk, selvstendig og uavhengig. Det autonome kommer til uttrykk først og fremst gjennom det frembrakte resultat. På veien frem mot dette, vil de profesjonelle ha hovedrollen. I forhold til vekstomsorg, kan denne tankegangen synes relevant. Men åpenbart blir det mer problematisk når det gjelder pasienter som er konstant avhengige av omsorg, og med små muligheter for å bli friske eller uavhengige av omsorg. Hvordan kan deres autonomi ivaretas?

Hvis vi ser på den evidensbaserte sykepleien er det viktig å skille mellom nyansene i de to definisjonene av hva som er evidensbasert sykepleie (jfr. kap. 4.1). Sykepleierens ekspertrolle vil være med å se bort fra pasientens egen synspunkter. I den radikale definisjonen til David L. Sackett vil man behandle hver pasient individuelt, men på behandlerens premisser. Den andre definisjonen som Monica Nortvedt representerer, nærmer seg mer enn livsfilosofisk tankegang, men ekspertrollen som fremtredene er der fremdeles. Selv om sykepleieren tar hensyn til ulike sider ved pasientens preferanser, vil det være hun som tar avgjørelsen ut fra den informasjonen hun har fått. Dermed kan pasientenes medbestemmelsesrett komme i skyggen av den profesjonelles. Imidlertid vil denne tankegangen være relevant hvis pasienten ønsker at den profesjonelle overtar, men da kan det også stilles spørsmål ved hvor stor innvirkning pasienten egentlig hadde. Vi ser at i denne retningen vil autonomibegrepet være til stede, men med et annet perspektiv. Sykepleieren hjelper pasienten gjennom situasjonen som gjør han avhengig for at kan komme tilbake til samfunnet som et fullverdig autonomt menneske igjen.

Det kan være grunn til å spørre om det faktisk er slik at den livsfilosofiske tradisjonen med dens vekt på gjensidig avhengighet legger bedre til rette for pasientens autonomi, enn den evidensbaserte tradisjonen gjør? Det ser i hvert fall ut til at intersubjektivitetens grunnlag i tenkningen om både subjekter og gjensidig avhengighet kan fostre en autonomi som ivaretar subjektiviteten i relasjonen på en måte som er frigjørende. Skjønnets utøvelse i denne sammenhengen skaper et rom for individualitet og autonomi som ikke opphever avhengigheten. Den evidensbaserte tradisjonen har en autonomiforståelse som er grunnleggende basert på kunnskap. Målet om egenomsorg nås gjennom forankring i evidensbasert praksis, og autonomien blir dermed samtidig avhengighet av den kunnskap som sykepleieren besitter. Det skapes dermed en avhengighetsrelasjon som ikke først og fremst er intersubjektiv, men kunnskapsbasert. Problemet kan da bli at det skjer en objektivisering i avhengighetsrelasjonen, der sykepleieren blir handlende subjekt overfor pasienten som er objektet som handles med og som skal gjøres til et friskt og uavhengig menneske.

Nå har vi sett hvordan pasienten som både avhengig og autonom blir ivaretatt i de to tradisjonene. Fokuset har vært mennesket som selv- og medbestemmende individ. Dette bringer oss over på siste tema hvor jeg skal se på problematikken rundt objektivisering.

6.4 Pasienten - subjekt eller objekt?

Hvordan sykepleieren oppfatter og omtaler pasienten kan være ulikt. Pasienten kan bli sett på som et subjekt eller et objekt i relasjonen. Gjennom egne erfaringer på sykehusavdelingen har jeg sett flere tilfeller hvor pasienten omtales etter diagnose i stedet for sitt eget navn. Da blir pasienten utsatt for objektivisering av sykepleieren. Et klassisk eksempel: "Lårhalsen på 506 trenger smertestillende". Dermed reduseres pasienten til en diagnose i stedet for et unikt individ. Når sykepleierne omtaler pasienten slik er det nærliggende å tenke at det også sier noe om hvilket forhold hun har til pasienten. Det er ulike grunner til at objektivisering kan forekomme. Blant annet kan både asymmetri, kunnskap og makt som sykepleieren besitter være faktorer som kan føre til objektivisering. Hvilken måte fremstår pasienten i samhandlingen med sykepleieren fra hennes ståsted?

Hans Skjervheim skriver om ulike handlingsrelasjoner og hvordan mennesker kan forholde seg til hverandre. For å tydeliggjøre det bruker han Aristoteles sine begreper *poiesis* og *praxis*

(jfr. kap 3.5.1). Poiesis uttrykker en handlingsrelasjon som oppstår når et menneske vil gjøre noe med en ting, og frembringe et produkt, mens praxis er den relasjonen der to mennesker handler sammen og der partene blir berørt av det som foregår i relasjonen. Kvaliteten på relasjonen står sentralt. Skjervheim mener at poiesis ikke er like egnet for samhandling, for her blir forholdet fort et jeg – det forhold. Han knytter begrepet opp mot en naturvitenskapelig forankring og tankegang.

Den evidensbaserte sykepleietenkningen har som nevnt i forrige kapittel om autonomi mer fokus på *produktet* av omsorgen,- det friske og selvstendige menneske,- enn på *prosessen*. Det kan derfor trekkes noen linjer mellom poiesis og evidensbasert sykepleien. Denne sykepleieretningen har et viktig grunnlag i naturvitenskapelig forankret forskning. Dermed vil de naturvitenskapelige idealene også lett kunne påvirke omsorgstenkningen. Ønsket er å bruke forskningsresultater med høy evidens i sykepleiepraksis. Hvis fokuset på sykepleiepraksis er relatert til diagnose og behandling med basis i vitenskapelig forskning med høy evidens, kan det også påvirke sykepleierens møte med pasienten mer generelt. Faren er at sykepleieren kan forholde seg til en diagnose som skal behandles, i stede for en syk pasient. Da har det skjedd en objektivisering som er et eksempel på det instrumentelle mistaket (jfr. kap. 3.5.1). Dette skjer når poiesis får overhånd i en samhandlingsrelasjon med et annet mennesket. I en artikkel i bladet *Sykepleien* er det påpekt: ”Hvis vi baserer alle våre handlinger på evidens, risikerer vi å gi omsorg og utføre sykepleie på en mekanisk måte” (Pichetto, 2002).

Det andre Skjervheim skriver om er praxis. Denne formen for samhandling vil det være nærliggende å knytte til den livsfilosofiske retningen hvor fokus er å møte den andre i relasjonen. Praxis handler nettopp om relasjonen mellom to mennesker, og kvaliteten på denne. Med det utgangspunkt at alle mennesker har lik verdi, er det et poeng at mennesker må møtes på like fot i et jeg – du forhold. I en omsorgssituasjon der sykepleier står i en maktposisjon overfor pasienten i kraft av posisjon og utdanning, vil det være en utfordring å få til dette subjekt-subjekt forholdet, og møte pasienten som et menneske som er mer enn en diagnose. Når man omtaler pasienten ved navn i stede for diagnose, indikerer det at sykepleieren respekterer pasienten som person. Det betyr imidlertid ikke at en denne tankegangen er fremmed ved den evidensbaserte sykepleien, men når grunnlaget er nært knyttet til naturvitenskapelige metoder og tenkesett, vil også dette lettere ”smitte” over på praksis.

Når objektivisering skjer skaper det avstand i relasjonen mellom pleier og pasient.

Eksperttenkningen kan gjøre denne avstanden ennå tydeligere. Ved å ”skjule” seg bak en slik holdning vil man kunne forholde seg til pasienten på avstand, og vurdere det hele fra et distansert forhold. Da får sykepleieren en tilskuerrolle, hvor pasienten vil synes som et objekt (Aadland, 2004). En slik form for objektivisering kan være uttrykk for ønske om makt og kontroll til forsvar for sitt eget ego, skriver Skjervheim (1996). Imidlertid er det ikke grunn til å mistenkeliggjøre intensjonene til de sykepleierne som i sitt virke kommer i skade for å objektivere, enten de tilhører den evidensbaserte orientering eller ikke. Som vi har vært inne på tidligere er sykepleiere flest hederlige mennesker, og vil pasientens beste. Men når dette skjer, kan det kan være uttrykk for en manglende bevisstgjøring på at dette skjer.

Objektivisering av pasienten er noe man selvfølgelig ikke ønsker skal skje. For å vise hvordan man kan hindre dette snakker Hans Skjervheim om den treleddede relasjon (jfr.kap. 3.5.1). Motsetningen er den toleddede relasjon hvor pasientene blir fremstilt som objekt. I den treleddede relasjon er det to subjekter med hver sine forutsetninger som snakker sammen om det tredje, saken (for eksempel sykdommen, og behandlingen). På denne måten vil begges synspunkter kunne bli hørt. Imidlertid er det en forutsetning at begge parter i relasjonen faktisk ønsker og bestreber seg på å få tak i hva den andre uttrykker. Sykepleieren må for eksempel være reelt interessert i hva pasienten kommer med, og ikke bare lytte, konstatere og så gå videre ut fra eget hode. En slik måte å samhandle på kan ses i tråd med den livsfilosofiske sykepleien, hvor relasjonen med pasienten er utgangspunktet for god sykepleie og omsorg. For å kunne innhente nødvendig kunnskap må man være i relasjon med pasienten. Da snakker sykepleieren og pasienten sammen om sykdommen og behandlingen. Selv om det er pleieren som har de faglige forutsetningene vil ikke pasienten objektiviseres, men også få sagt sine synspunkter. Kari Martinsen legger for eksempel stor vekt på samtalen og fortellingen som vesentlig i god sykepleie. I motsetning til det strenge objektive språket som kjennetegner den evidensbaserte tradisjonen, mener hun at fortellingen åpner for annen kunnskap om pasienten, som fanger opp saker som ellers ikke vil fanges opp (Martinsen, 2005). Det skaper et rom for samhandling mellom sykepleier og pasient, der kreativitet og skjønn er viktige i utøvelsen av god omsorg og sykepleiepraksis.

Som sagt er det viktig å få frem at en slik samhandling også er det ønskelige innen den evidensbaserte sykepleien. Imidlertid er det flere grunner til at det lettere oppstår en toleddet

relasjon. Det første er forankringen i en naturvitenskapelig forskningstradisjon. Det andre vi kan se er ekspertrollen. På grunn av den beste tilgjengelige kunnskapen sykepleieren har er det hun som vet best, og da kan pasientens meninger i større grad bli oversett.

Kari Martinsen skiller i samsvar med Skjervheim mellom to begreper, overtale og overbevise, i samtalen med pasienten. Både når man overtaler og overbeviser den andre i relasjonen påvirkes den andre parten. Ved overtalelse er den en mer ”pådyttet” informasjon som preges av manipulasjon. Dermed blir pasienten sett som et objekt som pådyttes noe. I overtalelsen er det felles engasjement og vurdering av saken borte, og relasjonen blir toleddet. Å overbevise er motsetningen. Da trer man inn i den treleddede relasjon. Både sykepleier og pasient er engasjert. Når man overbeviser så er det de gode argumentene som fører til bedre innsikt som er viktige. Da vil den bestes argumenter være det som er utslagsgivende (Martinsen, 2005).

En evidensbasert sykepleier kan man tenke at kan gli rett inn i en situasjon der det er fristende å overtale fremfor å overbevise. Hun har de beste forutsetningen for å ta de riktige valgene i forhold til pasientens behandling, og kan lett komme til å bruke dette uten å innlemme pasienten. Samtidig kan vi se det fra en annen side. Hvis denne sykepleieren går inn i en treleddet relasjon med pasienten, vil hun på grunnlag av sin oppdaterte kunnskap ha gode argumenter som vil kunne overbevise pasienten på en riktig måte, hvor begge blir ivaretatt som subjekter. Med andre ord vil denne sykepleieren ha store muligheter for å få sine ønsker igjennom, enten med eller uten pasientens medvirkning. Ser vi en livsfilosofisk retning vil de på det ytterste prøve å ty til overbevisningen i samhandlingen med pasienten, for å unngå objektivisering, og heller samtale som likeverdige i situasjonen.

Ut i fra dette kan det være gode argumenter for å hevde at forholdende ligger bedre til rette for å objektivere pasienten ut fra en evidensbasert tenkning. Det skyldes ikke nødvendigvis at hensiktene i denne tradisjonen er annerledes enn iden livsfilosofiske, men at grunnlaget og fokuseringen er forskjellig. På grunn av dette kan også måten sykepleieren forholder seg til pasienten være forskjellig. I den livsfilosofiske retningen ligger det som en hovedtanke og et fundament at relasjonen skal stå i sentrum, og at nettopp det nære møtet mellom pleier og pasient i et jeg-du forhold er kjernen i sykepleietenkningen. Derfor er føringene mer i retning at man ikke skal objektivere.

6.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg vist fire ulike dilemmaer som knyttes til omsorgsforståelsen. Det har ført til en klargjøring av forankringen og forståelsen av den evidensbaserte og den livsfilosofiske sykepleien.

Asymmetrien som integrert del av relasjonen utspiller seg forskjellig. Den er til stede ved både livsfilosofisk og evidensbasert sykepleie, men synliggjøres tydeligere ved den siste. Det skyldes et fokus på beste tilgjengelige kunnskap, og en fremtredende ekspertrolle hos sykepleieren. Den livsfilosofiske retningen har relasjonen og det konkrete møtet med pasienten som hovedfokus. Disse forankringene gir også utfallet for hvordan sykepleierne vurderer og begrunner ”det beste for pasienten”, og hvordan tillitsbyggingen skjer ved de to tradisjonene. Videre har jeg sett på forståelsen av pasienten som både autonom og avhengig. Innen den evidensbaserte sykepleien er det autonome individ et mål med behandlingen, mens den livsfilosofiske tradisjonen prøver å ta vare på dette gjennom samtalen og involvering av pasienten. Det siste jeg har sett på er sykepleierens forhold til pasienten, hvor det kan være fare for objektivisering. Det kan for eksempel forekomme ved et sterkt diagnosefokus, hvor selve sykdommen tar overhånd for fokuset på pasienten. En slik tendens kan være tydeligere ved den evidensbaserte retningen, ikke fordi hensiktene er gale, men grunnlaget og fokuseringen er annerledes. Med et tydelig fokus på relasjonen i den livsfilosofiske tradisjon vil føringen for å ikke objektivere være større.

I dette kapitlet har jeg forsøkt å holde de ulike begrepene fra hverandre, for å kunne vise tydeligere de klare forskjellene ved de to tradisjonene. Likevel er det helt klart at det er nære sammenhenger som knytter de til hverandre, og de fungerer i et samspill i praksis.

7.0 Avslutning / konklusjon

I denne masteroppgaven har jeg presentert to dominerende tradisjoner innenfor sykepleiefaget, den evidensbaserte og den livsfilosofiske tradisjon. Jeg har gjort rede for kjennetegn ved dem og hva som vektlegges i forhold til pasienten. Videre har jeg sett på sentrale begreper som asymmetri, tillit, autonomi og objektivisering for å klargjøre de ulike retningenes forståelse av god omsorg og ”det beste for pasienten”.

7.1 Hvilken rolle spiller ulike kunnskapssyn for forståelsen av omsorg?

Kunnskapssynet i de to tradisjonene har forskjellig forankring og tilnærming. Med utgangspunkt i fenomenologien er den livsfilosofiske retningen preget av at kunnskap tilegnes i det nære møtet med den andre. Gjennom at sykepleier bestreber seg på å ”lese” det pasienten uttrykker både verbalt og nonverbalt og går inn i en dialog, skapes et grunnlag for omsorgen. Basis er forståelsen av en felles livsverden og mennesket som skapt gjensidig avhengig individ. Den evidensbaserte sykepleien er forankret i en naturvitenskapelig tenkning, med strenge metodekrav, positivistisk påvirkning og rangering av kunnskap gjennom ulike grader av evidens.

Hvilke metoder og hvilken kunnskap som regnes som den viktigste er også forskjellig. Gjennom oppdaterte forskningsresultater, den beste tilgjengelige kunnskapen, vil den evidensbaserte sykepleieren kunne gi pasienten den beste behandling. Med andre ord er det den forhåndslærte, oppdaterte kunnskapen som er grunnlaget. Dermed har sykepleieren det meste av nødvendig kunnskap *forut* for møtet med pasienten. Selv om noen av de evidensbaserte orienterte sykepleierne også trekker inn pasienten og det kliniske skjønn som elementer i vurderingen, synes pasienten selv som medaktør i hvordan omsorgen skal utføres ikke å bli regnet som like viktig og selvfølgelig som ved den livsfilosofiske tradisjonen. Der står selve relasjonen og møte med pasienten som det sentrale, og det er først *i* møtet at sykepleieren kan bruke sine fagkunnskaper. Dermed er det pasienten og relasjonen som er grunnlaget, selv om sykepleierens faglige profesjonalitet ligger som en selvfølgelig bakgrunn også i den livsfilosofiske tenkningen.

Kunnskapssynet er viktig for sykepleierens syn på hvilken kunnskap som er mest verdifull, hvordan slik kunnskap tilegnes, hvilke konsekvenser det får for de praktiske omsorgshandlingene og hvordan sykepleieren vurderer handlingene sine. Dermed har det implisitt betydning i forhold til omsorgsforståelsen. Hvordan sykepleieren utøver det beste for pasienten vil få forskjellig utfall i praksis.

7.2 Hvordan vil forholdet mellom sykepleier og pasient komme til uttrykk?

I utgangspunktet er forholdet mellom sykepleier og pasient asymmetrisk, fordi sykepleieren er fagutdannet, jobber i et helsesystem og har definisjonsmakten i pleiesituasjonen. De ulike tradisjonene forholder seg ulikt til dette. I den evidensbaserte sykepleien vektlegges sykepleieren som fagperson og ekspert. Grunnlaget for omsorgen ligger i vitenskapsbasert kunnskap. Det gjør at avstanden mellom sykepleier og pasient kan bli større. Det at fokus er så sterkt på slik generalisert kunnskap, kan i verste fall føre til at sykepleieren ikke fanger opp viktige signaler fra pasienten. Innenfor den livsfilosofisk retningen vil også asymmetrien være til stede, men det vil vektlegges å bygge den ned på det mellommenneskelige plan. Dermed får man en mer likestilt samhandling, men med ulike forutsetninger hos sykepleieren og pasienten. Både i den evidensbaserte og den livsfilosofiske sykepleietenkningen er tillitsbygging mellom sykepleier og pasient viktig for å yte god omsorg. Grunnlaget for tillit i de to tilnærningene er imidlertid ulikt. Den evidensbaserte retningen vil i tillitsbyggingen vektlegge at pasienten skal få den beste tilgjengelige behandling basert på vitenskapelige resultater. Pasienten skal få tillit til sykepleieren på grunn av hennes oppdaterte kunnskapskompetanse. I den livsfilosofiske tenkningen bygges tillit i møte med pasienten ansikt til ansikt, og ved å være var de signaler denne gir. Den livsfilosofiske retningen prøver å minimere asymmetrien på det mellommenneskelige planet med tanke på å bygge en god relasjon. Imidlertid betyr ikke det at de undertrykker sin egen fagkompetanse, den ligger som en selvfølgelig bakgrunn.

7.3 Hvordan blir pasienten fremstilt i de to tradisjonene?

Vi kan se en tydeligere innlemmelse av pasienten i behandlingen i den livsfilosofiske retningen. Dette kan skyldes at nettopp relasjonen og møtet med pasienten er sentralt for innhenting av viktig kunnskap. Pasientens autonomi og medbestemmelsesrett kommer dermed også tydeligere fram. Dermed kan dette bli tatt hensyn til både på en indirekte og direkte måte. Ser vi på den evidensbaserte retningen vil de ha en annen forståelse i forhold til autonomibegrepet. *Målet* med behandlingen vil være å få pasienten autonom og uavhengig. Sykepleieren har kunnskapen som skal gjøre dette mulig. Forskjellen er at i den livsfilosofiske tenkningen vektlegges også pasientens medbestemmelse *underveis* i sykdomsforløpet. Pasienten er ikke bare på vei til å bli autonom (og frisk), men blir behandlet som et autonomt menneske også i sykdomstilstanden. Den evidensbaserte tenkningen er mer resultatorientert: Pasienten må underveis i sykdomsforløpet underkaste seg ekspertisen for senere å kunne bli frisk, og i stand til å leve ut sin autonomi.

Dette viser igjen hvordan forståelsen er forskjellig i de to tradisjonene. I relasjonen med sykepleier kan pasienten fremstås som subjekt eller objekt. Hvis sykepleiepraksis er relatert til diagnose og behandling med basis i vitenskapelig forskning med høy evidens, kan det være med å påvirke møtet med pasienten. Når resultat fra den vitenskapelige forskning trer frem som et hovedelement i omsorgstenkningen innen den evidensbaserte sykepleien, er en nærliggende fare at møtet med pasienten preges av en betraktende, vurderende holdning fra sykepleiers side. Dette kan være med å fremstille pasienten som en diagnose og objekt. I så fall kan relasjonen lett bli preget av et subjekt-objekt forhold, der sykepleieren som profesjonell er subjektet som tar alle avgjørelsene, mens pasienten med sin sykdom er objektet. Innen den livsfilosofiske tilnærmingen legges det sterk vekt på å opprette en god relasjon mellom pasient og sykepleier. En slik relasjon kan ifølge denne tenkningen bare skje dersom de to møter hverandre som subjekter. Hvis sykepleier og pasient lytter til hverandres signaler og virkelig er interessert i å høre hva den andre sier om *saken* (f.eks. sykdommen eller behandlingen) oppstår en tre- leddet relasjon der begge parter fremstår som subjekt. I en slik relasjon kan sykepleieren med sin fagkompetanse gå i dialog med pasienten om hvordan forløpet videre skal skje. De er likeverdige som mennesker, men går inn i dialogen med forskjellig faglig ballast.

Det er viktig å få fram at både i den evidensbaserte og den livsfilosofisk orienterte sykepleie retningen ønskes ”det beste for pasienten”. Med andre ord har begge gode hensikter bak handlingene sine, men de er forankret i to forskjellig forståelser av hva som er det grunnleggende for god sykepleie og omsorg.

Ut i fra dagens rasjonalisering og effektiviseringstenkning, vil den evidensbaserte sykepleien kanskje bedre matche kravene som stilles og kunne vise til målbare resultater. Gjennom standardiseringer vil samfunnet kunne spare penger og økonomibegrepet har fått stor plass. Det er slik samfunnet er bygd opp, og dette preger også offentlig sektor. Vi ser i dag at den evidensbaserte sykepleien har fått stort innpass. Dette kan skyldes nettopp at denne tenkningen passer godt inn i dagens fokus i samfunnet. Når Sykepleierforbundet i 2007 føyde til begrepet ”kunnskapsbasert” i de yrkesetiske retningslinjene er det lett å koble dette sammen med den evidensbasert sykepleien. Imidlertid kan begrepet like gjerne festes til en livsfilosofisk tilnærming, men i en annen forståelse av hva ”kunnskap” er, og hvordan den tilegnes og brukes. Kanskje bør begge de ulike kunnskapsforståelsene inngå i et nytt kunnskapsbegrep, der både den vitenskapelig baserte forskning og dialogen i møtet med pasienten inngår. Slik kan vi få et mer fullstendig, oppdatert omsorgsbegrep, med pasientens beste i sentrum.

Bibliografi

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag.* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, H. og Gjengedal, E.(2000) (Red.). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2006). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I: Knutstad, U. og Nielsen, B. K. (Red.): *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie.* (2.utg., s. 65-95). Oslo: Akribe AS.
- Bakken, R. (2001). *Modermordet - om sykepleie, kjønn og kultur.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Berulfsen, B. og Gundersen, D. (2003): *Fremmedordbok blå ordbok.* (16. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget H. Aschehoug og co AS og Gyldendal ASA.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. og Klovning, A. (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Boge, J. og Martinsen, K. (2004). Uro kring evidens. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 19, s. 64-65.
- Christoffersen, S. Aa. (Red.) (2005). *Profesjonsetikk.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Clancy, A. (2008). Sett etikken før evidensen. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr.1, s. 70.
- Faucault, M. (1971). *Diskursens orden.* Oversettelse og etterord av Schaanning, E. (1999) Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Fause, Å. og Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Foss, Ø. (2005). *Omsorgsetikk. Søkelys på omsorgens motivasjon.* Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Hagemann, E. (1936). *Sykepleie-skolens etikk.* Oslo: H. Aschehoug og co.
- Henriksen, J.O. og Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. I: Alvsvåg, H. og Gjengedal, E. (Red.). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.* (s. 193-208). Bergen: Fagbokforlaget.

Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap.* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Kvåle, K. (1997). *Hva er viktig for god omsorg? En studie av kreftpasienters og sykepleierens oppfatning.* Hovedfagsoppgave Universitetet i Bergen. Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap.

Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring.* (3.utg.). København: Gyldendal.

Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays.* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003c). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger.* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (1975) *Sykepleie og filosofi. Et marxistisk og fenomenologisk bidrag.* Universitetet i Bergen, Filosofisk institutt, skriftserie 34.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen.* (1.utg.). Oslo: Akribe AS.

Martinsen, K. og Wærnes, K. (1991). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag AS.

Melby, K. (1990). *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie.* (2.utg.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J.W. Cappelens Forlag AS.

Monstad, S. (2009). *Autonomi og omsorg.* [Online]. Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/ytring-kronikk?p_document_id=115986 [Hentet 4.april 2009].

Norsk Sykepleierforbund. (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Oslo.

Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler.* Oslo.

Nortvedt, M. W. og Hanssen, T. A. (2001a). Evidensbasert sykepleie. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 16, s. 59-61.

Nortvedt, M. W. og Hanssen, T. A. (2001b). Evidensbasert sykepleie. Hvordan komme i gang? I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 17, s. 39-42.

Nortvedt, M. W. og Hansen, T. A. (2001c). Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr.18, s. 42-45.

- Nortvedt, M. W., Hanssen, T. A. og Lygren, H. (2004). Metodisk mangfold. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 15, s. 62-63.
- Nortvedt, M. W. m.fl. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2001): Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet? I: Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (Red.). *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. (1.utg., s. 41-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag – Historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nygaard, K.H. (2003). Samtale med instituttleder Monica Wammen Nortvedt. I: *Sykepleielederen* nr. 4, s. 22-27.
- Pichetto, F. (2002). Debatt: Evidensbasert praksis. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr.12, s. 22-34.
- Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (2001) (Red.). *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sackett, D. L. m.fl. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71> [Hentet 6.mars].
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Ide og tanke, Aschehoug.
- Snøtun, Å. (2007). *Det var menighetssøstre dei var. Kven var menighetssøstrene og kva konsekvensar fekk det for dei at heimesjukepleia vart kommunal teneste, samtidig med at sjukepleieyrket vart profesjonalisert?* Masteroppgave Universitetet i Oslo, Teologisk fakultet.
- St.meld. nr. 39 (1998-1999). *Forskning ved et tidsskifte*. Kunnskapsdepartementet.
- Taule, R. (1999). *Escolas ordbok – bokmål*. (2.utg.). Garnes: Escola forlag.
- Thollin, K. R. (2005). Samspillet mellom sykepleier og pasient. I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 19, s. 64-65.
- Ullevål universitetssykehus. *Retningslinjer for systematisk arbeid med evidensbasert praksis i sykepleie – Ullevålmodellen*. [Online] Tilgjengelig fra: http://www.ullevaal.no/stream_file.asp?iEntityId=7175 [Hentet 27.april 2009].
- Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg – mellom avhengighet og autonomi. I: Ruyter, K. W. og Vetlesen, A. J. (Red.). *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. (1.utg., s. 27-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.

Wiklund, L. (2005). *Omsorgsvidenskap i klinisk praksis*. København: Akademisk Forlag.

Wyller, T. (2005). Dyddsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I: Christoffersen, S. Aa. (Red.) (2005). *Profesjonsetikk*. (s. 40-62). Oslo: Universitetsforlaget.

Figurliste

Figur 1: Begrepshierarki omsorg (s. 20).

Figur 2: Toleddet relasjon (s. 27).

Figur 3: Treleddet relasjon (s. 28).